

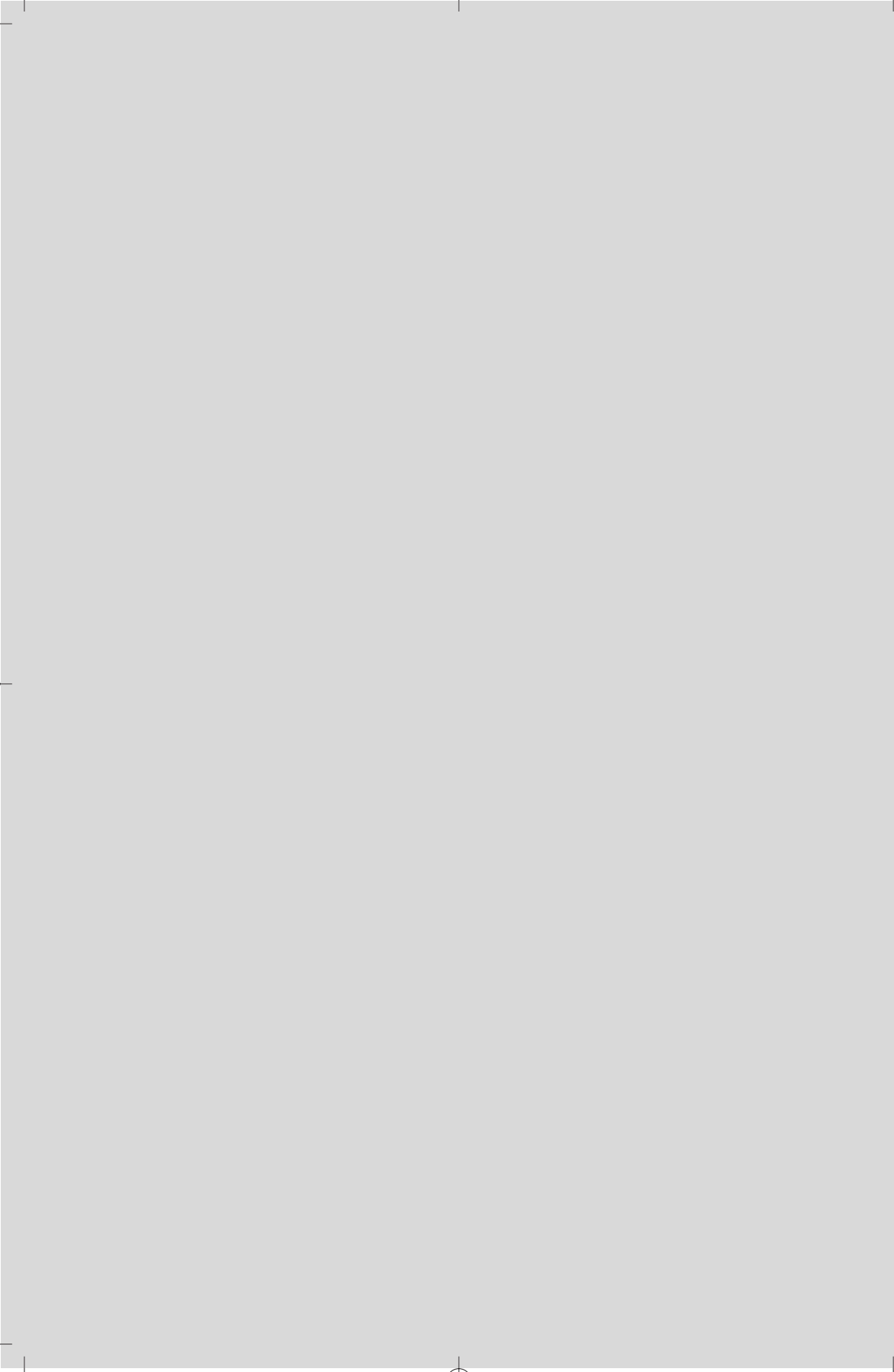


## Vězeňství a nelegální drogy

Sborník textů z oblasti  
užívání nelegálních  
návykových látek  
ve věznicích

Michal Miovský  
Harald Spirig  
Miloslava Havlíčková (eds.)





# Vězeňství a nelegální drogy

Sborník textů z oblasti  
užívání nelegálních  
návykových látek  
ve věznicích

Michal Miovský  
Harald Spirig  
Miloslava Havlíčková (eds.)

**Vznik této publikace finančně podpořili**

**Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky & Program PHARE**

**v rámci projektu PHARE Twinning 2000 „Posílení národní protidrogové politiky“ mezi Českou republikou a Rakouskem**

**Rukopis oponovali:**

Bohuslav Baudyš  
MUDr. et PhDr. Kamil Kalina, CSc.  
PhDr. Jiří Mezník  
Ing. Michal Řeháček

**Jazyková korektura**

PhDr. Vojtěch Hanus

**Editoři:**

PhDr. Michal Miovský, Ph.D.  
Mgr. Harald Spirig  
Mgr. Miloslava Havlíčková

© Úřad vlády ČR, 2003. 1. vydání  
Texty © Michal Miovský, Harald Spirig,  
Miloslava Havlíčková, Jan Sochůrek,  
Hana Gajdošíková, Aleš Kuda,  
Květa Sluková, Jana Paukertová,  
Olga Škvařilová, Jiří Richter, 2002

ISBN 80 - 86734 - 03 - X



## **Vězeňství a nelegální drogy: Sborník textů z oblasti užívání nelegálních návykových látek ve věznicích**

Myšlenky a závěry této publikace se nemusí nutně shodovat s oficiálním stanoviskem Evropské unie.

Myšlenky a závěry této publikace se nemusí nutně shodovat s oficiálním stanoviskem Vězeňské služby ČR.

# Obsah

<b>PŘEDMLUVA</b>	<b>10</b>
<b>PODĚKOVÁNÍ A NĚKOLIK ZÁKLADNÍCH TEZÍ ÚVODEM</b>	<b>14</b>
<b>1. ANALÝZA SOUČASNÉHO STAVU UŽÍVÁNÍ NELEGÁLNÍCH DROG VE VĚZNICÍCH</b>	<b>20</b>
1/1. Vývoj právní úpravy drogových trestných činů po II. světové válce	21
1/2. Drogové trestné činy	23
1/3. Nelegální návykové látky ve věznicích ČR po roce 1989	27
1/4. Programy pro uživatele návykových látek ve věznicích	33
1/5. Implementace výsledků projektu PHARE	37
<b>2. EVROPSKÉ SMĚRNICE PRO HIV/AIDS A HEPATITIDY VE VĚZNICÍCH</b>	<b>40</b>
2/1. Obecná doporučení	41
2/2. Zdravotní výchova a informovanost vězňů	41
2/3. Dobrovolné testování na HIV a prevence	42
2/4. Léčba	42
2/5. „Harm reduction“ a drogy	42
2/6. Dostupnost kondomů	43
2/7. HIV/AIDS, hepatitida a přistěhovalci	43
2/8. Monitorování/screening hepatitid a prevence	43
2/9. Zdravotní výchova zaměstnanců	44
2/10. Prevence před propuštěním a návštěvami s opuštěním věznice	44
2/11. Epidemiologický dohled	44
<b>3. KURIKULUM VZDĚLÁVACÍHO KURZU PRO PRACOVNÍKY VĚZEŇSKÉ SLUŽBY V OBLASTI UŽÍVÁNÍ NELEGÁLNÍCH NÁVYKOVÝCH LÁTEK</b>	<b>46</b>
3/1. Zadání projektu a jeho cíl	47
3/2. Popis současného stavu	48
3/3. Základní rámec vzdělávacích kurzů pro školitele personálu	48
3/4. Návrh kurikula vstupního vzdělávacího kurzu	50
3/5. Personální požadavky na realizaci kurzu	55
3/6. Evaluace vzdělávacího kurzu	56
3/7. Závěrečná doporučení pro realizaci programu	58
<b>4. NÁVRH STANDARDŮ PRO LÉČEBNÉ PROGRAMY VE VĚZENÍ</b>	<b>60</b>
4/1. Vztah mezi stupněm výkonu trestu a závislostí	61
4/2. Pojetí minimálních standardů	63
4/3. Obecná část standardů	65
4/4. Specifická část standardů	71
4/5. Začlenění léčebných programů ve vězení do systému péče o uživatele drog	75
4/6. Závěr	77

<b>5. NESTÁTNÍ NEZISKOVÉ ORGANIZACE V DROGOVÝCH SLUŽBÁCH VE VĚZNICÍCH A VAZEBNÍCH VĚZNICÍCH</b>	<b>80</b>
5/1. Krátký přehled situace v zahraničí	82
5/2. Situace v České republice	86
5/3. Spolupráce Vězeňské služby ČR a NNO	92
5/4. Cíle spolupráce: plánování strategie a politiky	92
5/5. Závěr	96
<b>6. METADON A VĚZEŇSKÝ SYSTÉM</b>	<b>98</b>
6/1. Substituční léčba: základní informace	99
6/2. Substituční léčba a její rozsah v Evropské unii	100
6/3. Substituce v ČR	100
6/4. Substituční léčba ve vězeňském systému EU	104
6/5. Kolik uživatelů opiátů je v českých věznicích?	106
6/6. Výhledy pro ČR	107
6/7. Substituce ve vězeňství: ano, či ne?	107
6/8. Kurz IPVZ „Substituční léčba“	108
6/9. Závěr	109
<b>PŘÍLOHY</b>	<b>112</b>
Příloha č.1	113
Příloha č.2	113
Příloha č.3	114
Příloha č.4	116
Příloha č.5	117
Příloha č.6	118
Příloha č.7	119
Příloha č.8	120
Příloha č.9	121
<b>ABSTRACTS</b>	<b>124</b>
<b>O AUTORECH SBORNÍKU</b>	<b>132</b>
<b>VĚCNÝ REJSTŘÍK</b>	<b>136</b>



# ZKRATKY

**A.N.O.** / Asociace nestátních organizací zabývajících se léčbou a prevencí užívání drog

**CARAT** / Counselling, Assessment, Referral, Advice and Throughcare Services (poradenství, zhodnocení a plánování, reference, doporučení a návaznost služeb)

**SNN ČLS JEP** / Společnost pro návykové nemoci při České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně

**ENDASP** / Síť evropských drogových služeb ve věznicích

**EMCDDA** / Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogové závislosti

**EU** / Evropská unie

**GŘVS** / Generální ředitelství Vězeňské služby ČR

**HR programy** / Harm Reduction programy (programy snižování zdravotních a sociálních škod)

**IPVZ** / Institut pro postgraduální vzdělávání ve zdravotnictví v Praze

**IVVS** / Institut vzdělávání Vězeňské služby ČR

**MZ** / Ministerstvo zdravotnictví ČR

**MKN-10** / Desátá revize mezinárodní klasifikace nemocí

**MPSV** / Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR

**MPK** / Meziresortní protidrogová komise (nyní RVKPP, viz)

**MS** / Ministerstvo spravedlnosti ČR

**NIDA** / Americký Národní ústav pro otázku zneužívání drog

**NMS** / Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti

**RVKPP** / Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky

**NNO** / Nestátní neziskové organizace

**OVVT** / Oddělení výkonu vazby a trestu

**OPL** / Omamné a psychotropní látky

**PAD** / Projekt analýzy dopadů nové drogové legislativy (výzkumná studie)

**PL, PK** / Psychiatrická léčebna, psychiatrická klinika

**PMS** / Probační a mediační služba

**UNAIDS** / Společný program OSN pro prevenci a léčbu HIV/AIDS

**UNDCP** / Program OSN pro kontrolu drog

**VS** / Vězeňská služba

**VV** / Výkon vazby

**VTOS** / Výkon trestu odnětí svobody

**WHO** / Světová zdravotnická organizace

**TK** / Terapeutická komunita

**TZ** / Trestní zákon

<sup>1</sup> Jako synonymum pro OPL je v textu užíván termín nelegální návykové látky. Termín drogy označuje všechny návykové látky jako celek, tj. legální i nelegální. Důsledné dodržování tohoto členění považují autoři za terminologicky důležité. Naopak snahy používat termín drogy pouze pro označování nelegálních návykových látek považují za velmi nevhodné a politizující odbornou terminologii. V tomto kontextu si však jsou autoři samozřejmě vědomi různých úskalí a nejednotné terminologie dané vžitým a používaným označením, např. tzv. drogové kriminality, drogových paragrafů atd. Proto je možné nalézt v textu místa, kde použití slova droga, ve snaze reflektovat zaběhlou praxi, vždy neodpovídá výše řečenému. Objevuje se tak v podstatě výzva zpracovat a ujednotit používání těchto termínů v rámci revize Mezioborového glosáře pojmů z oblasti drog a drogových závislostí (Kalina et al., 2001) vydaného Úřadem vlády ČR.

# PŘEDMLUVA

**PaedDr. Bohuslav Burkiewicz**  
1. náměstek generální ředitelky  
Generální ředitelství Vězeňské služby ČR

Pojmy jako kriminalita, závislost na drogách, rasismus, xenofobie a řada dalších se dostaly do našeho slovníku a zdá se, že v něm velmi rychle zdomácněly. Představují totiž sociální jevy, které se pro společnost staly problémem a pro občana ohrožením. Toto konstatování jako úvod předmluvy nechce problém dramatizovat, ale nechce jej ani zjednodušovat. Sborník „Vězeňství a drogy“ neobviňuje, ani se netváří, že existují hotová řešení. Text představuje cestu po hraničních kamenech problému a pro její zvládnutí je nutné přijímat systémová opatření. Následující text z potřeb praxe vzešel, je o ní, je pro ni a zpět se do ní vrací, i když v poněkud jiné formě.

Historie odborného zkoumání drogové problematiky ve vězeňství v České republice začíná v 60. letech 20. století. Pokračuje i po roce 1989, kdy se vězňové snaží vedle zneužívání léčiv získat klasické drogy: pervitin, heroin, halucinogenní látky atd. Stoupá korupční tlak na vstupující osoby včetně personálu. Těchto aktivit se ujímají nejen jednotlivci, ale i organizované skupiny. Obchod s drogami je, stejně jako v minulosti, jednou z hlavních součástí černého obchodu mezi vězni.

Drogové závislosti vnášejí do věznic sociálněpatologické jevy probíhající převážně latentně a skrytě. Některé se však mohou projevit velmi neočekávaně a překvapivě jak v rozsahu, tak v intenzitě, prostřednictvím šikany, agresivity, hromadné nekázně. Úměrně s nárůstem drogové kriminality roste potřeba přijímat a realizovat důsledná opatření. Aktivita vězeňství směřují zhruba ke třem cílům – zabránit průniku omamných a psychotropních látek do vězeňských objektů, rozvinout systém primární, sekundární a terciární prevence a drogové závislosti jednotlivců také řešit a léčit. Ústředním motivem Souboru protidrogových opatření ve výkonu vazby a trestu odnětí svobody je proto ochrana vězňených osob před destruktivním vlivem drog a podpora jejich individuálního rozhodnutí pro život bez drog.

Oplocení kolem věznic je dlouhé dvacet šest kilometrů a branami našich věznic ročně projde půl milionu lidí. Učinit tento systém vzduchotěsným a neprodyšným prostě nelze. Jde o nekonečný proces, se kterým se potýkají všechny vězeňské systémy na světě. A nelze nezmínit, že problém drog není problémem jen věznic, ale problémem

celé společnosti. Ostatně W.Churchill to řekl lapidárně: „Jaká je ekonomika a kultura společnosti, takové má vězeňství.“

Vývoj drogové scény v penitenciární oblasti není překvapivý. Je mnoho okolností, které způsobují, že se sociálněpatologické jevy v tomto prostředí kumulují. Tak tomu bylo i v minulosti a je tomu tak dosud. A potvrzují to i slova C. G. Junga, že „nakupeniny lidí jsou vždy líhni psychických epidemií“. Od počátku devadesátých let se drogová problematika dostala do popředí politických agend nejen Evropské unie jako celku. Tento přístup členských zemí akceptuje obecnou hrozbu, kterou ilegální drogy pro společnost znamenají, stejně jako nezbytnost společného přístupu k řešení drogového fenoménu a potřebu intenzivní spolupráce na všech úrovních.

Za nejlepší strategii směřující k řešení budoucích problémů v oblasti zneužívání ilegálních drog EU neustále považuje komplexní a vyvážený přístup. Přístup vycházející ze široké, celospolečenské, mezirezortní a mezisektorové spolupráce, postavený na rovnováze snižování nabídky (zákonné represe) a snižování poptávky po ilegálních drogách (prevence, léčby včetně harm reduction a resocializace).

Sborník nejen informuje o trendech, ale nastiňuje i otázky. Máme kvalifikovaný personál? Jaké si dokážeme stanovit cíle? Dokážeme být naléhaví, disponujeme příslušnými schopnostmi, jsme schopni myslet mimo konvenční zvyklosti, disponujeme emoční a sociální inteligencí? Zabývá se prevencí vztahující se ke zdravotním otázkám, výchově, výzkumu, vzdělávacím aktivitám. Akcentuje požadavek výměny informací a osvědčených postupů, podporuje vytváření sítě programů a širokou spolupráci odborníků. Orientuje nás k vážné otázce – substituce ve vězeňství ano, či ne?

Studie je určena pro všechny, kteří se zabývají nealkoholovou toxikologií, a není důležité, jestli je čtenář laik či odborník. Důležité je, zda je motivován k tomu, aby hledal souvislosti, nebránil se předem odlišným interpretacím, nepohoršovaly jej závěry, které se na první pohled zdají být nepřijatelné. Předkládaný text je pokusem i o alternativní pohled, přičemž východiskem je praxe a cílem může být hypotéza o možnostech reakcí na uvedené problémy.

Domnívám se, že čtenář má příležitost pochopit, že nejde o hledání jednoduchých a jednoznačných závěrů, a stejně tak zjistí, že na konci cesty jsou jen další otazníky. Nabízí se proto společné hledání. V rámci aktivního procesu přemýšlení o těchto otázkách můžeme zaplnit ve vězeňství mezeru mezi naším nadáním a schopnostmi na jedné straně a naším výkonem na straně druhé. Tento spisek, jinak útlý, tomu může být dobrým pomocníkem.



# PODĚKOVÁNÍ A NĚKOLIK ZÁKLADNÍCH TEZÍ ÚVODEM

Michal Miovský  
Harald Spirig  
Miloslava Havlíčková

Sborník Vězeňství a drogy při svém zrodu neprošel právě jednoduchou cestou. Začal vznikat v průběhu dvouletého twinningového PHARE projektu mezi Českou republikou a Rakouskem a od samého začátku se potýkal s obtížným zadáním. Tím bylo zachování maximální korektnosti odborného textu za současné existence protichůdných požadavků daných různými představami o kvalitních a efektivních protidrogových opatřeních v našich věznicích a vazebních věznicích. Přestože je v současnosti pro věznice mnohem větším problémem užívání alkoholu, omezuje se sborník pouze na nelegální drogy. Důvodem k tomu bylo zadání projektu PHARE. Autoři si nicméně jsou vědomi toho, že oblast výzkumu užívání alkoholu a opatření snižujících jeho dopady je dlouhodobě podceňovaným tématem, které si zaslouží výrazně více pozornosti, nežli tomu bylo doposud.

Sborník je oficiálním výsledkem práce celé pracovní skupiny Vězeňství. Ta byla součástí zmíněného Projektu PHARE Twinning 2000 „Posílení národní protidrogové politiky“ (dále též projekt PHARE), na kterém, v rámci přístupového programu Evropské unie, spolupracovali zástupci Rakouska a České republiky. „Twinning“ v tomto pojetí znamená, že se jednalo o spolupráci založenou na partnerském přístupu. Cílem projektu bylo podporovat kandidátskou zemi při její přípravě na vstup do Evropské unie, v daném případě v oblasti protidrogové politiky. Základním principem při realizaci projektu byla mezioborová spolupráce, na níž se podíleli nejenom odborníci z Rakouska, ale i z dalších zemí Evropy. Projekt, jehož realizace si vyžádala téměř dva roky vzájemné intenzivní spolupráce, se zaměřoval na tři základní oblasti (komponenty). Pracovní skupina Vězeňství byla součástí komponentu 3. V něm šlo především o zpracování metodik pro vzdělávací programy a facilitaci procesu zvyšování personální kapacity v oblastech potlačování nabídky a snižování poptávky po drogách.

Rádi bychom na tomto místě poděkovali za dobrou práci a podíl na tom, že tato publikace mohla vzniknout. Poděkování patří jednak vedení celého projektu, tj. Josefu Radimeckému, Sabině Haas, Václavu Mackovi a Nině Acker-Lasetzky. Další poděkování patří ekonomicko-organizačnímu zázemí sekretariátu Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky a jejímu pracovnímu týmu. Dále Filipu Maasovi z European Centre for Social

Welfare Policy and Research, jenž bděl nad tím, aby naše práce neskočila finančním schodkem.

Největší poděkování patří lidem, kteří se na práci pracovní skupiny Vězeňství pod vedením vedoucího komponentu Michala Miovského (za českou stranu) a jeho partnerů Haralda Spiriga (za rakouskou stranu) a Wima Buismana (z Nizozemského království) podíleli přímo. Byli to Jiří Batstiber, Bohuslav Baudyš, Jitka Čmuharová, Hana Gajdošiková, Magda Hermanová, Marek Jargus, Miloslav Jůzl, Andrea Kroftová, Radomír Macků, Jana Paukertová, Ondřej Petroš, Jiří Richter, Michal Řeháček, Květa Sluková, Jan Sochůrek, Jiří Šádek, Olga Škvařilová a Tomáš Zábranský.

Témata jednotlivých kapitol vycházejí ze zadání projektu PHARE. Proto je sborník tématicky velmi široce rozprostřený, čemuž odpovídá také velmi různorodý způsob zpracování jednotlivých kapitol. Naším cílem bylo co nejvíce respektovat jednotlivé výsledky práce členů pracovní skupiny a publikovat je s minimálními změnami. Text díky tomu může působit problémy, neboť obsahuje množství odborných termínů z velmi různorodých oblastí prevence a léčby drogových závislostí. Doporučujeme proto čtenářům využívat zejména Mezioborové glosáře pojmů z oblasti drog a drogových závislostí (Kalina et al., 2001) vydaného Úřadem vlády ČR.

První kapitola představuje přehled dostupných výsledků o rozsahu a způsobu užívání nelegálních drog ve věznicích. Tento kritický přehled dostupných dat má za cíl nejen seznámit čtenáře se současným stavem poznatků o užívání drog ve věznicích, ale současně vytyčit rámec, v němž se pohybují témata následujících kapitol. Navazující, druhá kapitola je překladem Evropských směrnic pro HIV a hepatitidy ve věznicích a má sloužit především pro harmonizaci norem a standardů schválených zástupci členských zemí EU pro tuto oblast. Kurikulum vzdělávacího kurzu pro pracovníky vězeňské služby, obsažené ve třetí kapitole, je návrhem vzdělávacího programu vycházejícího z požadavků zformulovaných v rámci analýzy potřeb. Tento návrh byl pro publikaci ponechán v plné verzi, aby mohl sloužit také jako příklad či inspirace pro přípravu podobných vzdělávacích programů. Čtvrtá kapitola je výsledkem pokusu zahájit proces vzájemného přibližování systému léčebné péče pro uživatele



drog ve věznicích a mimo ně, s cílem zajistit lepší návaznost jednotlivých programů. Na tuto kapitolu úzce navazuje kapitola pátá, neboť ta se zabývá spoluprací nestátních neziskových organizací a věznic. Tato spolupráce je důležitá právě pro zajištění dobré návaznosti programů a může v budoucnu znamenat další zvýšení kvality a bohatosti podpůrných programů, navazujících na výkon trestu. Poslední kapitola sborníku obsahuje přehled základních údajů o substitučních programech určených pro uživatele opioidů, zejména heroinu. Jejím cílem je sumarizovat základní informace potřebné pro otevření diskuse o možnosti zavedení těchto programů do věznic.

Výsledky projektu jsou určeny především pro pracovníky ve vězeňství a ve veřejné správě. Dále pro pracovníky státních i nestátních organizací (dále také NNO) věnujících se službám pro osoby užívající drogy a samozřejmě také politikům a širší veřejnosti. Naším cílem bylo popisovat identifikované problémy a jejich možná řešení s maximální otevřeností a odbornou korektností. Od toho si slibujeme především další facilitaci diskuse o tom, zda dnešní protidrogová opatření přinášejí očekávané výsledky. Zda o tom máme spolehlivé informace a zda neexistují i jiná, možná efektivnější opatření, umožňující nám lépe zvládat současný stav užívání nelegálních návykových látek.

Drogy v zařízeních pro výkon vazby a trestu (dále též věznice) představují velmi kontroverzní téma. Tato kontroverznost se zobrazuje v několika rovínách současně. Především si je třeba všimnout **neréalistické a naivní podoby zadání**, které věznic dostávají od širší veřejnosti prostřednictvím části politiků. Začít lze od obecné roviny očekávání, že **čím více prorepresivně laděný bude samotný trest, tím větší bude mít účinek**, přestože nám výzkumy a každodenní praxe ukazují opak. Pokračovat můžeme nereálným očekáváním, že **věznic jsou hermeticky uzavřeným prostorem, kam se nelegální drogy nemohou dostat** a kde dokážeme různé rizikové faktory dobře regulovat (šikanu a agresi mezi vězni, černý obchod s nejrůznějšími věcmi a službami atd.). Tyto škodlivé mýty se pak vrací v podobě iracionálních postojů opírajících se více o přání a fantazii, nežli o reálnou situaci a data. Situace ve vězeňství je v tomto případě analogická situaci ve společnosti obecně. Stejně jako ve společ-

nosti nelze přinést v oblasti užívání nelegálních návykových látek „absolutní“ řešení, nelze totéž samozřejmě čekat ani u věznic. Ve společnosti mají dnes bohužel stále reálně větší sílu iracionální a simplifikující stanoviska. Není proto možné očekávat, že prostředí, v němž existuje vězeňský systém, bude vůči těmto vlivům více imunní.

Hovoříme-li o určité kontroverzi, hovoříme o velmi zásadním rozporu mezi tím, co věznic ve vztahu k nelegálním drogám mohou (a měly by) konat, a tím, co konat nemohou jen proto, že odborné hledisko má paradoxně stále příliš malý vliv. Jistěže není problém takto černobílý. Lze si klást otázku, čím vším přispívají samotné věznic k tomu, že se popisovaný stav zlepšuje jen velmi pozvolna a naráží na velký odpor. Jednou z nabízených odpovědí by bezesporu bylo, že věznic stále představují určitý „tajemný a uzavřený svět“, o kterém má běžný člověk spíše mlhavé a velmi zkreslené představy. Neznalost, obavy a tajuplnost jsou naprosto ideálním podhoubím pro vznik nebezpečných mýtů a o ně opřených postojů. Východiskem pak samozřejmě může být například citlivá, dlouhodobá, propracovaná a racionální diskuse, začínající od roviny odborné (tj. otevřené komunikace mezi odborníky, jichž se problém nějakým způsobem dotýká) přes rovinu úřední a politickou (tj. systematickou práci a dialogem s úředníky a politiky, majícími co do činnosti s oblastí vězeňství) až po rovinu veřejné diskuse. Zejména poslední ze jmenovaných má klíčový význam. Dokud se běžný občan bude s problémem setkávat pouze v podobě bulvárních článků a tu a tam „prosakujících“ mediálně zajímavých kauz o selhání vězeňského personálu<sup>2</sup> atd., do té doby nelze čekat, že si tentýž občan bude uvědomovat, že se jej problém týká také. Tedy, že těžší otázky neleží v rovině jak ještě více trestat a zastrášovat např. právě personál, aby neselhával, ale že se musíme ptát na to, co vede k tomu, že někdo z personálu věznic překročí hranici zákona i přes všechny důsledky, které z takového selhání plynou. Co vše se podílí na tom, že k takovému rozhodnutí dojde, a zda neexistují i jiné nástroje, jak tomu předcházet, či to alespoň účinněji regulovat. Odpovědět nám pomohou např. zkušenosti z alkoholové prohibice ve Spojených státech či z bývalého Sovětského svazu. Na nich je zřetelný fakt, že existuje-li příliš velký přetlak mezi nabídkou a poptávkou a současně

<sup>2</sup> Přestože cesta drogy do vězení samozřejmě nevede zdaleka pouze přes personál.

dostatečně zajímavý a motivující faktor v podobě peněz, různých protislužeb či výhod, pak lze vždy očekávat, že systém nebude dlouhodobě udržitelný. Oba příklady alkoholové prohibice jasně ukazují, že pouze represivní přístup nedokáže problém řešit. Naproti selhání obou těchto pokusů také ukazuje, o jak obtížných problémech hovoříme. Během nich často selhávaly i profesní skupiny, u nichž bychom to čekali nejméně (např. lékaři).

Úvodem sborníku jsme se rozhodli vyslovit 5 základních tezí, na kterých staví jeho další kapitoly. Přestože jsou tyto teze velmi simplifikující, obsahují v sobě nosné myšlenky, o nichž se editoři domnívají, že jejich prostřednictvím bude čtenáři srozumitelnější pojetí celého sborníku i způsobu uvažování autorů jednotlivých příspěvků.

### **Drogy ve věznicích přestávají být výjimečným jevem**

Složení osob odpykávajících si tresty jak v evropských, tak českých věznicích se v posledním desetiletí změnilo. Totéž platí, pokud jde o užívání drog v těchto institucích. Jestliže v hlubší minulosti tvořily osoby závislé na opioidech ve věznicích v západní Evropě jen velmi malou část, dnes tvoří již poměrně silnou skupinu, která spoluurčuje každodenní vězeňskou realitu. Podobný trend očekáváme také u nás, neboť vzestup počtu uživatelů opioidů v ČR, zejména ve druhé polovině 90. let, se dříve či později promítne také do věznic.

Jestliže vedle užívání nelegálních látek budeme brát v úvahu také problematické užívání dalších drog, jako jsou medikamenty či alkohol, dotýkáme se již nadpoloviční většiny vězňů. Častou záležitostí je polymorfní způsob užívání (F.19 dle MKN-10) návykových látek, tj. kombinované užívání více druhů drog. Reálně, přesnější vymezení tohoto nepříznivého údaje je obtížné, neboť nadále je zde k dispozici nedostatečné množství výzkumných studií (viz kapitola 1). To současně nic nemění na skutečnosti, že jestliže se dříve užívání drog ve vězení týkalo spíše menšiny vězňů, je dnes stále více rozšířeným jevem. Justiční instituce v různých státech zacházejí v praxi s touto realitou různě. Popírání problémů, omezování se na represivní opatření nebo váhavost tyto problémy pouze přirostují. Ke škodám na zdraví způsobeným užíváním drog se přidává také problém rostoucího zatížení výkonné správy věznic přímými i nepřímými následnými náklady.

### **Ochrana před kriminalitou?**

Je skutečností, že s výjimkou zákonem povolených a regulovaných drog (jako např. alkoholu, tabáku, či různých druhů léků) existuje zákaz jejich držení a obchodování s nimi. Vysoký stupeň kontroly v prostředí takové „totální“ instituce, jakou je věznice, znesnadňuje opatřování jakýchkoli drog a ztěžuje obchodování s nimi. Vzniká vysoká poptávka a spolu s ní také snaha „vykrýt“ ji všemi možnými prostředky. To nevyhnutelně vede ke vzniku černého trhu. Paradoxně pak podmínky na tomto „trhu“ způsobují, že se chudoba většiny zúčastněných podílí na vysokých cenách komodity (všech typů drog). Drogy, stejně jako parafernálie, se často stávají, vedle jinak obvyklých měn, „vězeňskou měnou“ pro obchody všeho druhu. Průvodním jevem každého takového černého trhu je rostoucí kriminalita mezi všemi vězni. Jejimi projevy jsou krádeže, násilí nebo vydírání. Většina deliktů v této souvislosti zůstává neobjasněna. Oběti prakticky nemají možnost se bránit a pachatele se podaří odsoudit pouze ve výjimečných případech. Tomu také odpovídá vysoký počet neobjasněných činů. Dopravná kriminalita se netýká pouze vězňů, nýbrž také pracovníků vězeňství. Stále znovu se objevují případy, v nichž se zaměstnanci, vedeni vyhlídkou na vysoké zisky, nechají svést a podílejí se na pašování nebo na jiných trestných činech.

### **Ve věznicích je omezen přístup k některým typům léčebné péče**

Z logiky věci vyplývá, že ne vše, co je možné učinit v rámci péče o uživatele drog na svobodě, je možné také ve věznicích. Znamená to, že uživatel drog nemá ve vězení samozřejmě stejné podmínky a možnosti v oblasti sociálně-zdravotních služeb a péče, jaké má na svobodě. Vězení je samo o sobě místem, kde se po delší dobu a na velmi malém prostoru nachází vysoký počet lidí, kteří si navzájem jeden druhého nevybrali. Existuje zde vysoké riziko onemocnění v důsledku fyzického a psychického tlaku. Černý trh ve věznicích je příčinou toho, že kvalita drog je většinou špatná. Negativní zdravotní důsledky vyplývají z vysokého rizika infekce hepatitid.<sup>3</sup> Vyšetření prováděná u populace uživatelů drog na svobodě jasně dokazují relativně vysokou míru promoženosti infekcemi, zejména žloutenkami typu B a C. Zákonitě je tedy nutné očekávat postupné promítnutí této skutečnosti do zvýšeného rizika

<sup>3</sup> Vyskyt viru HIV je prozatím v našich věznicích minimální.

šíření těchto virových onemocnění také ve věznicích, kam dříve či později část uživatelů drog přichází. Ohrožení přitom nejsou pouze samotní vězni užívající drogy, nýbrž také spoluvězni, personál a později, po propuštění, všechny osoby, které s nakaženými přijdou do užšího kontaktu. Financování léčby škod způsobených na zdraví bude pro výkonnou správu stále větším problémem. Je třeba si uvědomit, že např. léčebná kúra za využití interferonu dosahuje v případě hepatitidy typu C nákladu několika set tisíc korun na pacienta a rozhodnutí neléčit nepřipadá v tomto případě v úvahu.

### Jednostranné zvyšování kontroly nepomáhá, často naopak všechny dotyčné poškozuje

Neexistuje žádné vězení na světě, které by bylo tzv. „neprodyšné“. Žádná kontrola, ať je sebevíc důkladná, nemůže zachytit všechny cesty, které vedou do vězení nebo ven. Úsilí, které je v tomto směru třeba vynaložit, způsobí pouze určité omezení nabídky, avšak jinak nic dalšího neovlivní. Existují a vždy budou existovat lidé, jejichž návyk je v danou dobu natolik výrazný, že jim žádná sankce nebo kontrola nezabrání, aby si obstarali svou látku, i když jsou si vědomi, jaké představuje riziko pro jejich zdraví. V tomto případě návyk znamená hlavně nemoc a je třeba jasně zdůraznit, že s ním jako s nemocí musíme zacházet. Další zvyšování kontroly problém neřeší. Přímé i nepřímé náklady spojené s kontrolou jsou vysoké a nedotýkají se pouze nemocných uživatelů drog, ale i příležitostných uživatelů a ostatních vězňů. Kontrola zvyšuje tlak a nutí černý trh a organizované skupiny („subkultury“) uchýlit se do oblastí, jejichž kontrola je stále více obtížnější. Přehnaná kontrola váže neúměrně velké personální a materiální zdroje, narušuje nepříznivé sociální klima ve věznicích. To pocítují jak vězni, tak i vězeňský personál. Do vzájemného vztahu je třeba dát náklady a efektivitu léčebných opatření a proti nim stojící náklady a účinnost kontrolních opatření.

### Kde hledat a jak budovat odpovídající způsob jednání zaměstnanců?

V posledních letech došlo v mnoha evropských věznicích ke změnám. Oproti dřívějším tvrzením, či přímo popírání problému je dnes uznávanou skutečností, že se ve věznicích drogy užívají.

Ruku v ruce s tím stále více dochází při každodenním konání k přiznání vlastní bezmocnosti. To v konečném důsledku někdy u zaměstnanců vězeňských zařízení může vést buďto k odmítání a agresivitě vůči vězňům, nebo k rezignaci a ústupu. Jiným důsledkem popisovaného procesu je přání a připravenost (místo dalšího zvyšování kontroly všech vězňů) nabídnout větší podporu a bezpečnost. Mnozí zaměstnanci evropských věznic neformálně prohlašují, že jsou připraveni realizovat na široké bázi programy, které by zahrnovaly například v prostředí našich věznic i tak kontroverzní programy, jakými jsou výměna stříkaček atd., souhrnně označované jako *harm reduction*<sup>4</sup> programy (dále též HR programy). Často chybí k zavádění a realizaci takovýchto programů ustanovení zákona nebo vůle nadřízených orgánů. Důležité však je, že tento změněný postoj nezastávají v dnešních evropských věznicích pouze zaměstnanci, kteří jsou v každodenním přímém kontaktu s vězni, nýbrž také členové středního a vrcholového managementu. Příklady z Německa, Švýcarska nebo Španělska ukazují, jak lze konkrétně realizovat také další dalekosáhlá preventivní opatření.

### Závěr? Nutností je dosáhnout dvojí změny

Doposud je převládající spíše *individualizující způsob vidění* problému. Tj., že vězni užívající drogy jsou považováni za menšinu, proti které je třeba buď bojovat, nebo ji podporovat. Tento přístup se ukazuje být zavádějící. Uznání skutečnosti, že drogy jsou součástí každodenní reality a že vězni jsou dnes ve vysoké míře charakterizováni nemocností (morbiditou)<sup>5</sup> s řadou dalších zatěžujících příznaků, musí naopak vést ke změně perspektivy v přístupu k nim.

V rámci adekvátního postupu v řešení problému považujeme za výchozí bod perspektivu výkonné správy: věznice jako místo, kde pobývá množství lidí, za jejichž zdraví je spoluodpovědná i vězeňská služba (dále též VS), a to stejnou měrou za vězně i zaměstnance věznic. To vede k široké formulaci prevence, která zahrnuje všechny oblasti a osoby. Specifická podpora určitých skupin osazenstva věznic (např. uživatelů drog) zůstává nadále důležitou, avšak podřízenou součástí, začleněnou do celkové strategie. Širší pojetí prevence však není pouze

<sup>4</sup> Programy vedoucí ke snížování škod způsobených užíváním návykových látek.

<sup>5</sup> Stále patrnější je také vysoká míra komorbidit, o které se v minulosti hovořilo velmi nedostatečně a která je dodnes u velké části odborné veřejnosti velmi podceňovaným tématem.

v zájmu všech vězňů, nýbrž také v zájmu personálu působícího ve věznicích a v zájmu společnosti, do níž jsou vězni propouštěni.

Za druhou oblast nutných změn považujeme oblast kontroly. Kontrola je samozřejmě nutná, aby bylo možné zajistit bezpečnostní funkce věznic všude tam, kde jsou účinné a oprávněné. Jednosměrné zvyšování kontroly jako odpověď na rostoucí problémy však není v určitých oblastech tou správnou cestou. Namísto pokusů kontrolovat něco, co kontrolovat nelze, musí nastoupit takové strategie, které je možné zahrnout pod široký pojem regulace. Regulace začíná zavedením preventivních a podpůrných opatření v každodenním životě věznic a končí kontrolou (nebo přezkoumáním, revizí) zákonných ustanovení a vyhlášek.



# ANALÝZA SOUČASNÉHO STAVU UŽÍVÁNÍ NELEGÁLNÍCH DROG VE VĚZNICÍCH

Michal Miovský  
Jan Sochůrek  
Hana Gajdošíková

**Abstrakt**

Autoři popisují v příspěvku vývoj trestněprávní úpravy drogových trestných činů v České republice po 2. světové válce. Na jeho pozadí pak shrnují základní teoretická východiska klasifikace tzv. drogových trestných činů a vysvětlují základní koncepty a termíny užívané dále v textu. V další části příspěvku je prezentován sumarizovaný přehled dostupných dat o rozsahu a způsobu užívání nelegálních drog ve věznicích v ČR. Spolu s popi-

sem jsou identifikovány doposud výzkumně nepokryté oblasti (tj. oblasti, v nichž doposud zcela či z převážné části chybí jakékoli relevantní údaje) a hodnoceny dostupné zdroje dat. Krátký přehled programů a preventivních opatření realizovaných v českých věznicích v oblasti užívání nelegálních drog je doplněn o závěry z proběhlého projektu Phare a komentovaný přehled vládního usnesení č. 549/2003 k těmto závěrům.

**Klíčová slova:** trestné činy – drogová kriminalita – nelegální drogy – uživatelé drog – preventivní a léčebná opatření.

Fenomén užívání nelegálních návykových látek není pro vězeňství novým ani originálním tématem. V českém prostředí však nejsme zvyklí setkávat se s publikovanými pracemi, které by se otevřeně pokoušely vyrovnat s propastným nedostatkem výzkumných údajů a kriticky zhodnocovaly stav našich poznatků. Je-li tento text přehledem výsledků projektu PHARE, pak je především určitým svědectvím o realizaci nesnadného úkolu, který řešila pracovní skupina pro oblast vězeňství. Nesnadnost nespočívala ani tolik v tom, že by nebylo jasné, kde a jak práci začít, či na co navázat, ale v tom, že podmínkou úspěchu byla kvalitní spolupráce všech stran. To znamenalo získat důvěru jak zástupců jednotlivých zapojených věznic, tak především zástupců Generálního ředitelství Vězeňské služby ČR (dále též GRVS). To v tak choulostivých otázkách, jaké návykové látky v prostředí věznic představují, znamenalo přesvědčit všechny strany o užitečnosti a především určité bezpečnosti této spolupráce. Je třeba podtrhnout, že budování atmosféry důvěry v situaci, kdy je VS opakovaně vystavována neadekvátní kritice ve vztahu k nelegálním návykovým látkám, se dařilo především

díky jednotlivcům v jejich řadách, kterým tato oblast není lhostejná a kteří se rozhodli vybočit ze směru, jenž byl pro vězeňskou službu v minulosti charakterističtější. Tedy ze směru informační a komunikační uzavřenosti. O to cennější se jeví výsledek práce, v němž se zobrazuje vůle VS začít o svých problémech hovořit otevřeněji a jasně také ukázat, že výsledky její práce nejsou oddělitelné od politicko-ekonomických vlivů, ani vlivů veřejného mínění a postojů společnosti. Je třeba jasně říci, že mnoho z problémů, jimž se tato kniha věnuje, by mělo být předmětem mnohem intenzivnější veřejné diskuse, nežli tomu bylo doposud. Iracionální chování většinové společnosti, snažící se od problému distancovat a nemít žádnou spoludopovědnost, je stav, který v dlouhodobém horizontu nemůže vést k dobrým koncům. Představa, že ti „špatní“ budou prostě izolováni a tím problém vyřešime, je představou naprosto zcestnou. Nejen proto, že tím neřešime příčiny problémů, ale také proto, že tito lidé se budou za čas vracet zpět do společnosti. Budou se vracet „bohatší“ o zážitek výkonu trestu, který u mnohých z nich vede spíše k recidivám, nikoli k žádoucí změně.

**1/1****Vývoj právní úpravy drogových trestných činů po II. světové válce<sup>1</sup>**

Poválečná právní úprava zařadila drogové delikty přímo do rámce trestního zákona (dále též TZ).

Šlo o dva drogové delikty, a to nedovolenou výrobu a držení omamných prostředků a jedů. Tomu,

<sup>1</sup> Text zpracován v rámci studie PAD. Podrobněji viz: Gajdošíková, H. (2002). Nástin historie trestněprávní úpravy drogových trestných činů na historickém území Čech, Moravy a Slezska. Adiktologie Supplementum 2001. Str. 14–21.

kdo bez povolení vyrobil, dovezl, vyvezl, jinému opatřil nebo přechovával omamné prostředky nebo jedy, hrozil trest odnětí svobody v trvání až tří let (§ 197 odst. 1), v případě, že se pachatel dopustil takového jednání ve **větším rozsahu nebo výdělečně nebo jím způsobil smrt člověka nebo těžkou újmu na zdraví mnoha lidí, mohl být potrestán odnětím svobody v trvání 1 roku až 5 let (§ 197 odst. 2). Výroba a přechování předmětu určeného k neoprávněné výrobě omamných prostředků a jedů byla trestána odnětím svobody v trvání až 2 let (§ 198).**

**Trestní zákon č. 140/1961 Sb. víceméně přejal předchozí trestněprávní úpravu.** Dle ust. § 187 odst. 1 byl postihován ten, kdo bez povolení vyrobil, dovezl, vyvezl, jinému opatřil nebo přechovával omamné prostředky nebo jedy. Za toto jednání mohl být potrestán odnětím svobody až na dvě léta nebo nápravným opatřením nebo peněžitým trestem. Okolnosti podmiňující použití vyšší trestní sazby byly v § 187 odst. 2 vyjádřeny tak, že trestem odnětí svobody na dvě léta až osm let měl být pachatel potrestán, jestliže tento čin spáchal jako člen organizované skupiny, získal jím značný prospěch nebo takovým činem způsobil těžkou újmu na zdraví více osobám nebo smrt. Trestný čin dle ust. § 188 tr. zák. postihoval pachatele, který vyrobil, sobě nebo jinému opatřil anebo přechovával předmět způsobilý k nedovolené výrobě omamných prostředků nebo jedů, a to trestem odnětí svobody až na dvě léta nebo nápravným opatřením nebo peněžitým trestem. **Tato právní úprava platila až do novely trestního zákona provedené zákonem č. 175/1990 Sb.,** kdy s účinností od 1. 7. 1990 byla skutková podstata trestného činu nedovolené výroby a držení omamných a psychotropních látek a jedů podle § 187 tr. zákona upravena tak, že se vztahovala nejen na omamné látky a jedy, ale i na psychotropní látky, a dále **odstraňovala trestní postih přechovávání pro sebe,** neboť dle této novelizace muselo být přechovávání omamné nebo psychotropní látky i jedu vykonáváno pro jiného (Sotolář et al., 2000).

Novela trestního zákona, provedená zák. č. 112/1998 sb., se dotkla všech skutkových podstat upravujících tzv. drogové trestné činy. S účinností od 1. 7. 1998 byla **skutková podstata § 187,**

**nedovolené nakládání a přechovávání OPL, zpřesněna.** Jednak pokud se týče dalších způsobů nakládání s OPL a jednak pokud jde o další předměty, se kterými je neoprávněně nakládáno. Dále byl podstatně zpřísněn trestní postih za spáchání tohoto tr. činu, přičemž byly rozšířeny okolnosti podmiňující použití vyšší trestní sazby, které byly také rozčleněny do více odstavců. Skutková podstata § 188, týkající se výroby OPL, byla rozšířena i na výrobení, opatření nebo přechovávání předmětu určeného k výrobě přípravku obsahujícího omamnou či psychotropní látku a současně byl zpřísněn postih za tento trestný čin. Konečně u trestného činu šíření toxikomanie upraveného v ust. § 188a byl zpřísněn postih za tento trestný čin.

**Novela přinesla také další výraznou změnu, neboť s účinností od 1. 1. 1999 opětovně zakotvila trestnost přechovávání omamné nebo psychotropní látky nebo jedu v množství větším než malém pro sebe.**

Dle předkladatelů novely si tuto změnu vyžádala zejména vázanost ČR mezinárodními úmluvami. Ministerstvo vnitra ČR taktéž považovalo za důležitý argument ulehčení důkazní situaci při prokazování trestné činnosti distributorů drog, kteří se dosud hájili poukazem na skutečnost, že drogu, která u nich byla nalezena, mají pro vlastní potřebu. V roce 1997 předložila Poslanecké sněmovně Parlamentu ČR (dále též Poslanecká sněmovna) po letech diskusí a několika poslaneckých návrzích novelizací „(proti)drogové legislativě“<sup>2</sup> vláda České republiky návrh novelizace tzv. drogové legislativy (§ 187 až 188a TZ), skládající se z dlouhodobě připravované novely Ministerstva spravedlnosti ČR coby garanta legislativního procesu, doplněné Ministerstvem vnitra ČR (Linhartová, Kopřiva, 1998) o ustanovení zavádějící trestnost držení drog pro vlastní potřebu a tím implicitně i jejich užívání. **Právě toto ustanovení se v průběhu projednávání novelizací na parlamentní půdě i ve veřejném prostoru ukázalo jako nejkontroverznější.** Vzniklo vzrušenou diskusi o následcích kriminalizace držení nelegálních drog pro vlastní potřebu ve vztahu k léčebné péči o jejich uživatele (Presl, 1997), pro práci policie (Komorouš, 1997; Hrbáček, 1998; Hubička a Kopřiva, 1997), o jejím dopadu na primární, sekundární a terciární prevenci (Langer, 1997; Bém, 1997) a v neposlední

<sup>2</sup> Uvést lze např. dva návrhy poslance Pavla Severy (KDU-ČSL) a jeden návrh poslance Dalibora Matulky (KSČM); všechny tři byly Poslaneckou sněmovnou Parlamentu ČR zamítnuty.

řadě též o zvýšení míry „právního nihilismu“ ve společnosti (Wawrosz, 1997; Štěpán, 1997).

**Výrazem těchto vyhraněných diskusí bylo veto Václava Havla z 5. dubna 1998, jímž prezident vrátil zákon k projednání Poslanecké sněmovně. Ta jej přijala v nezměněné podobě.** Vláda České republiky v zájmu předejití možným negativním jevům, vyplývajícím z implementace předmětných novelizací, zadala Ministerstvu spravedlnosti ČR úkol vypracovat analýzu možných negativních dopadů novelizací a návrh na jejich řešení. Tento materiál, nazvaný „Analýza negativních dopadů novelizace trestního zákona (drogová kriminalita) s návrhy na opatření“ (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 1998) a předložený ministrem Otakarem Motejlem, vláda dne 27. srpna 1998 přijala. **Současně přijala Meziresortní protidrogová komise záměr vědecky analyzovat dopady přijaté legislativní intervence.** 7. prosince 1998 vzala Meziresortní protidrogová komise na vědomí záměr provést Projekt analýzy dopadů (PAD) novelizace drogové legislativy v ČR se zaměřením na zavedení trestnosti držení nelegálních drog pro vlastní potřebu; na vědomí vzala též rámcový výzkumný plán; 30. března 1999 schválila tehdejší Meziresortní protidrogová komise vyčlenění finančních prostředků na provedení studie PAD v roce 1999 a převzala nad projektem formální garanci. 10. března 2000 schválila Meziresortní protidrogová komise (dále též MPK) plán dokončení projektu a vyčlenila pro něj prostředky.

Přehled výsledků studie PAD byl publikován v několika různých podobách. Hlavní přehled byl

otištěn v odborném časopise Adiktologie.<sup>3</sup> Souhrny hlavních výsledků byly publikovány jak v českém,<sup>4</sup> tak anglickém jazyce.<sup>5</sup> Na svém zasedání konaném dne 14. listopadu 2001 pak vláda ČR vzala na vědomí sumarizaci hlavních výsledků k projektu PAD a v rámci svého usnesení č. 1177/2001 z téhož dne přijala opatření vyplývající z výsledků projektu a uložila jednotlivým ministrům úkoly k zajištění plnění předmětných opatření. **Vláda kromě jiného uložila ministru zdravotnictví ve spolupráci s ministrem spravedlnosti a ve spolupráci s výkonným místopředsedou Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky (dříve Meziresortní protidrogová komise) legislativně rozdělit drogy do 2, resp. 3 kategorií podle míry jejich zdravotní a společenské nebezpečnosti, tj. podle negativních zdravotních a společenských dopadů v důsledku jejich (zne)užívání (v termínu do 31. 12. 2001).** **Ministru spravedlnosti bylo uloženo, aby v rámci přípravy rekonstrukce trestního práva hmotného vzal v úvahu výsledky projektu PAD a provedl revizi skutkových podstat i revizi sankcí trestných činů spojených s drogovou problematikou (do 31. 12. 2002).** Další opatření se týkala oblasti potlačování nabídky, zejména povinnosti ministra vnitra věnovat zvýšenou pozornost heroinu jako nejvíce zdravotně a sociálně devastující droze, a současně vytvoření specializovaných pracovišť, která se budou zabývat touto oblastí bez zátěže vyšetřování jiné trestné činnosti. V neposlední řadě předpokládá citované usnesení další využití projektu PAD pro plánování a realizaci účinné protidrogové politiky, včetně sociální a ekonomické strategie.

## 1/2 Drogové trestné činy

Jednou z nejčastěji medializovaných tezí je, že svět drog je světem kriminálním. Veřejnost pak často s touto simplifikovanou tezí zachází jako s hotovým faktem, přestože se de facto jedná o nesmysl. Začít je třeba u skutečnosti, že právní postavení (a na ně vázané různé regulační mechanismy) té či oné drogy se v historii lidstva stále proměňuje. Látka běžná a legální v jednom období či kultuře může být v jiném období či kon-

textu považována za látku nelegální. Stejně tak se v historii stále proměňují regulační mechanismy, jednou vázané na pravidla a normy vycházející z náboženství, podruhé na politické či ideologické mechanismy. V této souvislosti nelze opominout fakt, že alkohol a tabák patří mezi drogy také a z popisovaného procesu je nelze v žádném případě vyjmát. Na podobnosti a paralely se současným trhem s nelegálními drogami (např. již

<sup>3</sup> Adiktologie Supplementum 2001, publikováno v roce 2002. SCAN, Tišnov.

<sup>4</sup> Záborský, T., Mioviský, M., Mravčík, V., Gajdošíková, H. (2002). Projekt analýzy dopadů novelizované drogové legislativy v ČR. Souhrnná závěrečná zpráva. ResAd, SCAN, Tišnov.

<sup>5</sup> Záborský, T., Mioviský, M., Mravčík, V., Gajdošíková, H. (2001). Impact Analysis Project of New Drugs Legislation. Summary Final Report. National Drug Commission Czech Republic, SCAN, Tišnov.



vzpomínáním selháváním různých profesních skupin, propojení s kriminálním podsvětím atd.) lze vzpomenout ve vztahu s alkoholovou prohibicí ve Spojených státech v první polovině minulého století či prohibici v bývalém Sovětském svazu v 80. letech. Znamená to, že **termín drogový trestný čin je termínem kauzálně přímo závislým nikoli na látce samotné, ale na jejím právním postavení.** Zjednodušeným příkladem může být situace, kdy ani velmi excesivní a závislostní užívání alkoholu (včetně jeho nákupu a přechovávání prakticky v jakémkoli množství) není trestně postihnutelné, zatímco přechovávání a spotřeba několika gramů marihuany u občasněho konzumenta této drogy může vést až k několikaletému trestu odnětí svobody. Složitost a obtížnost tématu drogové kriminality je v ČR ještě více umocněna nedostatky ve výzkumu a velmi špatným stavem komunikace v odborné obci. Například jedna z publikací IKSP (Cejpl et al., 2001, str. 92-107), pokoušející se rozhodnout drogovou situaci a provést celkový prognostický výhled, trpí krajně zúženým a selektivním spektrem zdrojů. Autorka kapitoly zabývající se zhodnocením stavu užívání drog a drogovou trestnou činností zcela pomíjí základní tuzemské i zahraniční vědecké publikace a některá značně diskutabilní tvrzení nedokládá relevantními daty. Důvěryhodnost textu a jeho praktickou využitelnost dále snižují časté odkazy na výroky anonymních „expertů“. Celá příslušná kapitola je postavena na třech publikačních zdrojích.<sup>6</sup> Pokus o prognostický výhled a zhodnocení dalšího vývoje v oblasti drogové kriminality není prakticky využitelný, neboť se v něm autorka nedokázala vyrovnat se základními problémy současného kriminologického výzkumu, jako je mj. problém reliabilního stanovení etiologické frakce pro jednotlivé typy sekundární drogové kriminality, tj. především drobné majetkové trestné činnosti a násilné trestné činnosti (viz dále). Přestože je prozatím poslední publikace IKSP zabývající se

mj. tématem zhodnocení současné drogové scény (Marešová et al., 2003, str. 13-37) zpracována na kvalitativně vyšší úrovni, stále trpí zúženým záběrem, projevujícím se mj. v přetrvávající nedostatečné práci s literaturou. Ve zhodnocení zcela chybí některé ze základních, pro členské i kandidátské země EU závazných, drogových indikátorů (např. celopopulační studie, prevalence odhady atd.). Jiné základní indikátory jsou zpracovány nekvalitně a z nedostatečných informačních zdrojů (např. drogová mortalita).<sup>7</sup> Také proto jsme se rozhodli zahrnout pro potřeby textu vymezení termínů *drogový trestný čin* a *drogová kriminalita*.

Mezi odbornou veřejností se postupem času vžil termín **primární drogová kriminalita**. Pod tímto konceptem v souladu s TZ míníme soubor skutkových podstat, obsažených ve zvláštní části TZ, které specifikují trestné činy spočívající ve výrobě, držení, jakékoliv formě distribuce drog až po tzv. šíření toxikomanie, tj.:

- § 187 TZ: „nedovolené nakládání a přechovávání OPL pro jiného“,
- § 187a TZ: „nedovolené nakládání a přechovávání OPL pro vlastní potřebu“,
- § 188 TZ: „předmět k nedovolené výrobě OPL“,
- § 188a TZ: „šíření toxikomanie“.

Jak konstatují autoři Výroční zprávy o stavu v věcech drog v ČR za rok 2002 (RVKPP, 2003), je objasňenost<sup>8</sup> drogových trestných činů (primární drogové kriminality) dlouhodobě relativně vysoká. V průběhu roku 2002 se pohybovala v rozmezí 90,2 % (§ 187a TZ) až 95,4 % (§ 188 TZ). Přitom průměrná objasňenost u všech trestných činů činila v roce 2002 40,7 %. Tento rozdíl v objasňenosti je způsoben především samotnou povahou drogových trestných činů (podrobněji viz tabulka 1). U většiny z nich je pachatel znám již při zjištění (podezření z) trestného činu.

<sup>6</sup> V textu jsou uvedeny pouze tyto tři neúplné citace (literatura na konci celého sborníku pak obsahuje další zdroje, není však jasné, zda je autorka využila také v této kapitole, neboť v ni citovány nejsou): Polanecký, V. (rok neuveden): Epidemiologie drog a uživatelů drog Česká republika. Sborník vydaný národním koordinátorem drogové epidemiologie a prevence. Místo a vydavatel neuveden. Musil, S. (bez uvedení jakéhokoli zdroje v textu). Internetové stránky Ministerstva vnitra (bez uvedení řádné citace).

<sup>7</sup> Mj. je v publikaci chybě (str. 13) za koordináční pracoviště sběru dat v ČR označena Hygienická stanice hl. města Prahy, přestože ta zajišťuje pouze část pravidelně získávaných a hodnocených dat. Naopak zcela chybí uvedení Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti, které je právě tímto koordináčním pracovištěm a zodpovídá za sběr dat na národní úrovni a za komunikaci s koordináčním pracovištěm (EMCDDA) v Lisabonu v rámci sítě Reitox Focal Points.

<sup>8</sup> Počet zjištěných trestných činů, u nichž se podařilo odhalit pachatele.

**Tabulka 1:** Poměr mezi stíhanými, obžalovanými a odsouzenými za drogové tr. činy v letech 1998 – 2002 (zdroj: RVKPP, 2003)

	Stíhaní (PČR)	Obžalovaní	Odsouzení	Poměr obžalovaní/ stíhaní	Poměr odsouzení/ obžalovaní
§ 187	8 919	7 666	4 838	86,0 %	63,1 %
§ 187a	581	694	307	119,4 %	44,2 %
§ 188	434	1 191	301	274,4 %	25,3 %
§ 188a	1 181	2 302	319	194,9 %	13,9 %
<b>Celkem</b>	<b>11 115 osob</b>	<b>11 853 osob</b>	<b>5 765 osob</b>	<b>106,6 %</b>	<b>48,6 %</b>

Významný podíl na drogové trestné činnosti mají mladiství pachatelé. Z celkového počtu všech stíhaných 123 964 pachatelů objasněných trestných činů v roce 2002 představovali mladiství 6,2 %. U drogových trestných činů byl tento podíl více než dvojnásobný, 14,9 %. Výroční zpráva (RVKPP, 2003) pak navíc uvádí, že ve srovnání s rokem 2001 vzrostl v roce 2002 počet mladistvých pachatelů drogové trestné činnosti téměř o 50 % na 329 osob (v roce 2001 se jednalo o 221 mladistvých). Tento nárůst byl zaznamenán zejména u trestných činů stíhaných podle ustanovení § 187 a § 187a. Zdá se tak, že v nezanedbatelné míře dochází k postupné kriminalizaci těch skupin uživatelů nelegálních drog, na které se novelizace drogových paragrafů primárně zaměřovat neměla. Hovoříme především o skupinách uživatelů a samopěstitelů konopných drog.

Osob, jimž bylo sděleno obvinění v souvislosti s konopnými drogami, se totiž na celkovém procentu obviněných v roce 2002 (2000 osob) podílelo 37,4 % (665 osob). Vyšší procento obviněných připadlo již pouze na amfetaminy (39,1 %). Pro srovnání např. na heroin, jakožto výrazně společensky i zdravotně nesrovnatelně nebezpečnější látku, připadlo „pouze“ 7,9 % obviněných osob (zdroj: statistika NPC, dle RVKPP, 2003).

Velmi pečlivě zpracovaný přehled statistik o drogové trestné činnosti poskytuje publikace Marešové et al. (2003, str. 39–49). Nalezneme v ní i velmi zajímavé srovnání trestné činnosti pod vlivem nelegálních návykových látek a látek legálních. Tyto nestandardní statistické sestavy<sup>9</sup> se v dané podobě v publikovaném materiálu objevují poprvé.

**Tabulka 2:** Poměr mezi trestnými činy páchanými pod vlivem legálních návykových látek (v tomto případě alkoholu) a nelegálních návykových látek v letech 1998 – 2002 (zdroj: Marešová et al., 2003)

	1998	1999	2000	2001	2002
Trestné činy pod vlivem alkoholu	11 168	9 470	9 327	9 184	9 840
Trestné činy pod vlivem nelegálních drog	3 231	3 112	1 126	1 003	1 250

Z přehledu je zřejmé, že zatímco údaje o trestné činnosti pod vlivem alkoholu vykazují relativní konzistenci napříč sledovaným obdobím, nelze totéž říci o trestných činech pod vlivem nelegálních drog. Tak hluboký propad počtu evidovaných trestných činů není vysvětlitelný žádným nám známým vlivem. Autoři publikace (Marešová et al., 2003) v rámci interpretace tohoto jevu nabízejí jako zdroj zkreslení rozdílnou zaměřenost

policie na zjišťování okolností spáchané trestné činnosti. Tato interpretace se z určitého úhlu pohledu jeví jako plauzibilní. Pokud totiž zohledníme i předchozí období (tj. 1994 – 1997), pak míra meziroční fluktuace<sup>10</sup> výkazu trestné činnosti pod vlivem nelegálních drog (zdroj: Policejní prezidium ČR)<sup>11</sup> je tak vysoká, že získanou časovou řadu nelze považovat za validní údaj, na kterém je možné stavět jakékoli závěry.

<sup>9</sup> Tj. statistické sestavy, které nejsou běžně zpracovávány a byly vytvořeny na žádost autorů publikace.

<sup>10</sup> Např. období 1994–1998: 883, 1208, 769, 917, 3231 trestných činů spáchaných pod vlivem nelegálních drog.

<sup>11</sup> Autorům se nepodařilo zjistit, zda existuje (a jaká) jednotná metodika pro získávání tohoto údaje.

Definice drogových trestných činů, souhrnně označovaných jako **primární drogová kriminalita**, je relativně snadná a vychází z příslušné formulace trestního zákona. Poněkud složitější je však **vymezení trestných činů, které s užíváním drog souvisí**. Stále jsou sice mediálně i jinak opakovány výroky, že spojitost kriminality a drog je přece jasná, avšak v momentě, kdy je třeba tuto spojitost jasně definovat a prokázat, narážíme na množství komplikací. Za tímto účelem byl zaveden termín **etiologický faktor**. Etiologický faktor v kriminologii můžeme definovat jako desetinné číslo (vyjádřitelné v procentech) udávající míru, již je daný trestný čin přiřaditelný existenci drog. Jak bylo uvedeno výše, můžeme bez velkých problémů určit trestné činy, pro něž je **etiologický faktor roven 1. Těmito činy jsou** (členěno podle paragrafů) **všechny skutkové podstaty trestných činů spadajících do primární drogové kriminality** (tj. § 187, 187a, 188 a 188a).

U trestných činů, které nezahrnují nakládání s nezákonnou drogou, je situace nepoměrně složitější. V tomto případě tzv. **sekundární drogové kriminality** se jedná zejména o majetkovou kriminalitu a celý koncept vychází z hypotézy, podle níž je (problémový a/nebo závislý) uživatel drog nucen obstarávat si prostředky na drogy trestnou činností (Zábranský, 2001). Tato hypotéza je podporována řadou studií, které popisují extrémně vysokou prevalenci užívání legálních i nelegálních drog mezi pachateli trestných činů (U.S. Department of Justice, 1994; Brochu and Douyon, 1990) a vztah mezi drogovou kriminalitou a jinými typy trestné činnosti (Dobinson and Ward, 1986; Benson and Rasmussen, 1991).<sup>12</sup>

Ještě na větší obtíž narážíme při popisu tzv. **terciární drogové kriminality**, o níž se v naší odborné literatuře prakticky nehovoří, a často tak splývá spíše se sekundární drogovou kriminalitou. Uživatelé drog jsou často de facto v roli obětí trestné činnosti jiných osob. Z obtížně pochopitelného důvodu se i autoři odborných prací někdy tomuto faktu vyhýbají a uživatele drog, v souladu s tendenčními společensko-politickými trendy reprezentovanými pro většinovou populaci především médií, popisují výhradně jako původce trestné činnosti. Přitom je bez jakýchkoli pochybností (vzhledem k dynamice

účinku dlouhodobého užívání např. opioidů), že se v důsledku užívání drog mnozí uživatelé nedobrovolně<sup>13</sup> stávají oběťmi trestné činnosti jiných osob. Jsou vydírání, zneužívání k páčání majetkové trestné činnosti či nucení k sexuálními aktivitám (nedobrovolná prostituce, omezování osobní svobody kombinované s pohlavním zneužíváním atd.).

Přestože je koncept tohoto členění až na výjimky odbornou i laickou veřejností konsenzuálně přijímán (a podpořen mj. i zjištěními extenzivní kvalitativní studie, provedené v rámci citovaného projektu PAD), **nebyl zatím v českých podmínkách nikdy podniknut pokus o kvantifikaci tohoto stavu**. Drtivá většina zahraničních studií staví na rozsáhlých kvalitativních výzkumech, založených na semistrukturovaných interview s pachateli trestných činů a vstupních zkouškách moči. V rámci citovaného projektu PAD byli požádáni zástupci tzv. expertní skupiny pro určení etiologického faktoru v kriminologii, složené z odborníků jednotlivých resortů a všech úrovní prosazování zákona, o vyjádření. Tato skupina však svou práci uzavřela konstatováním, že pro určení etiologických faktorů nedisponuje žádný z resortů dostatečnými podklady ani znalostmi, přestože se všichni zúčastnění shodli na tom, že „sekundární drogová kriminalita“ je v České republice reálným a tíživým jevem (Gajdošíková, Zábranský, 2001).

Pro účely studie PAD byly následně použity hodnoty z amerických studií z doby před nástupem cracku (u nějž se předpokládá, že významně zvyšuje připravenost k páčání trestných, především násilných činů). Expertní skupina Rady PAD pro etiologický faktor takový postup odsouhlasila a vzala na vědomí připomínku, že lze předpokládat, že vzhledem k sociálním rozdílům mezi oběma zeměmi bude odhad těchto etiologických faktorů pravděpodobně nadsazen. Použití etiologických faktorů ze Singlových studií (Single, 1996) nicméně výzkumný tým nedoporučil, a to především pro nezpracování majetkové kriminality, která je v českých podmínkách vnímána jako zásadní. Pro kriminologickou část studie PAD byly pro jednotlivé typy kriminality použity následující etiologické faktory, které jsou pro účely této publikace velmi podstatné (při provádění výpočtu byly přiřazeny skutkovým podstatám obsaženým v českém TZ a následně přepočteny)<sup>14</sup>:

<sup>12</sup> Obsáhlejší rozbor teoretických modelů obsahuje studie PAD (Zábranský et al., 2001). Podrobněji se třemi možnými spojeními mezi zneužíváním drog a tzv. „sekundární drogovou kriminalitou“ zabývá především Goldstein et al. (1987).

<sup>13</sup> Ať již v důsledku zdravotních (zejména rozvoje silné závislosti) nebo sociálních (ztráta bydlení či finančního příjmu) obtíží způsobených užíváním drog.

<sup>14</sup> Blíže viz Adiktologie Supplementum 2001, publikováno v roce 2002. SCAN, Tišnov, str. 165 a násl.

**Tabulka 3:** Etiologické faktory (Fe) v kriminologii: ČR 1998

Typ zločinu	Fe (%)
Zabití a vraždy	10
Násilná napadení	10
Sexuální napadení	10
Jiná napadení	0
Loupeže	27
Vloupání	22
Krádeže	17
Vloupání do vozidel a odcizení vozidel	17
Řízení pod vlivem OPL	0
Manipulace s kradenou věcí	17

Z přehledu je zřejmé, jaký byl drogovým trestným činům, spadajícím do oblastí sekundární trestné kriminality, přiřazen etiologický faktor, tj. míra, s jakou

je daný trestný čin podmíněn existencí drog (nebo obráceně, kolik procent trestných činů tohoto typu by nebylo spácháno, kdyby neexistovaly drogy).

## 1/3 Nelegální návykové látky ve věznicích ČR po roce 1989

První významné výzkumné aktivity v oblasti mapování užívání nelegálních návykových látek ve věznicích se datují do první poloviny 90. let. Jeden z prvních výzkumů po roce 1989 byl proveden v roce 1992 (Bodláková et al., 1993). Ten přinesl několik důležitých poznatků. Jedním z nich bylo zjištění, že se věková struktura u vězňů závislých na drogách a ostatní vězeňské populace neliší. O tehdejší vysokém věkovém průměru vězňených uživatelů (ve srovnání se současností) svědčí i fakt, že vězňených uživatelů drog mladších 18 let je pouze 8 %. Autoři v citované publikaci docházejí k celkovému odhadu počtu uživatelů nelegálních drog ve věznicích okolo 4 %. Poznávají však, že některé vnitřní zdroje odhadují až 6 %. Jisté omezení citovaného výzkumu vyplývá ze zvolených vlastností základního souboru, do kterého byli zahrnuti pouze uživatelé splňující kritéria závislosti dle mezinárodní klasifikace onemocnění, a tedy uživatelé, kteří vykazují známky závislosti v medicinském významu. V důsledku toho však základní soubor nezahrnoval další (mnohem početnější) skupiny uživatelů drog, u nichž diagnostikovat závislost na drogách z tohoto pohledu nelze a přesto je třeba, aby byli do podobných výzkumů zahrnováni. Jedná se o prosté nezohlednění faktu, že závislost v medicinském významu je pouze jedním z mnoha možných aspektů (či důsledků) užívání nelegálních drog. S tímto zúže-

ným oborovým přístupem však nelze v žádném případě vystačit. Důsledkem toho může dojít ke zkrácení v interpretaci výsledků. Autoři při interpretaci výsledků citované studie její výsledky zobecnili na celou populaci uživatelů drog ve věznicích. Ve studii však např. téměř 90 % zkoumaných osob do 20 let uvedlo preferenci těžkých látek. To v kombinaci se zjištěním vysokého procenta těžkých poruch osobnosti představuje obrázek drogové subkultury, který v tehdejší době (první polovina 90. let) reprezentuje pouze jednu (navíc velmi specifickou) část drogové scény. Zobecňovat tento profil na další části drogové scény ve věznicích (či mimo věznice) je chybné a vede k dalšímu, velmi zavádějícímu, podporování obrazu „kriminálního toxikomana“ (jako reprezentanta celé drogové scény) tak, jak se tomu někdy dělo zejména pod vlivem publikace Netika et al. (1990). S rudimentárním výskytem takto zkrácené představy o profilu uživatelů drog se můžeme setkávat bohužel stále. Např. publikace Marešové obsahuje (Marešová et al., 2003, str. 62) popis „průměrného“ vězňeného uživatele drog sestavený vězeňskými lékaři. Tento popis odpovídá malé skupině subkultury drogových uživatelů. Prostřednictvím neadekvátního zobecnění tak v podstatě opět vznikl obraz uživatele nelegálních drog, který nereflexuje základní fakt, že vězeňští lékaři přicházejí do kontaktu pouze s částí uživatelů drog. Pozornosti tak unikla sku-

tečnost, že mnohem početnější skupinu uživatelů drog tvoří ti, o jejichž drogové anamnéze a pokračujícím užívání drog nevíme prakticky nic. Ti bývají nejčastěji věznění za tzv. sekundární drogovou trestnou činnost<sup>15</sup> a ve věznicích tvoří tzv. **skrytou populaci uživatelů drog**. Tj. uživatelů, kteří na svoji drogovou kariéru neupozorňují, nevyhledávají pomoc a nechtějí se léčit (nemají zájem o abstinenci orientovanou léčbu). V tomto kontextu se v pozdější publikaci Němce a Bodlákové (Němec, Bodláková, 1995) objevuje realisticky zakotvené konstatování, že díky často až neuvěřitelné přizpůsobivosti uživatelů drog a snadnému přecházení z jedné drogy na druhou (mj. v důsledku měnící se dostupnosti drog): „...nelze teoreticky ani prakticky hovořit o abstinenci toxikomanů v podmínkách výkonu trestu odnětí svobody...“ (Němec, Bodláková, 1995, str. 92).

Od roku 1995 se objevují další aktivity směřující ke snaze popsat a posoudit stav užívání návykových látek a souvisejících oblastí ve věznicích ČR. Dosavadní vývoj zatím nedospěl k uspokojivému stavu a velmi **výrazná je stálá absence kvalitních a ověřených dat ve většině základních oblastí**. Malá rozšířenost standardních evaluačních nástrojů, časová, personální a ekonomická náročnost evaluací jsou spolu s určitou uzavřeností a konzervativností většiny věznic v ČR zřejmě největšími limity zlepšení současného stavu. Doposud se nepodařilo sjednotit také standardní sběrné systémy a strukturu dat získávaných v oblasti vězeňství o užívání drog se systémem vytvořeným mimo něj po linii Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogové závislosti (dále též EMCDDA). Zcela tak chybí prevalence odhady jakéhokoli typu, přehled stavu užívání (včetně alkoholových drog), podrobnější popis vzorců užívání atd. Proces dalšího sjednocování

metodiky získávání a interpretace dat je jednou z hlavních priorit pro další období (viz dále).

V roce 1997 byl publikován údaj o 8 % prevalenci uživatelů nelegálních návykových látek ve věznicích ČR spolu s údajem o stálém snižování věku nově přicházejících uživatelů drog do věznic (Nožina, 1997). Ani jedno z těchto tvrzení však nebylo doloženo citací zdroje a nelze tak s jistotou říci, do jaké míry jsou tyto údaje spolehlivé. Ve stejné publikaci nacházíme též souhrn výsledků výzkumné studie provedené ve věznici v Bělušicích v dubnu 1995 (Nožina, 1997, str. 245). Ze 650 vězňů jich v rámci provedeného šetření vyplnilo dotazník celkem 240. Celoživotní prevalence<sup>16</sup> v tomto vzorku dosáhla 74,6 % a zkušenost s více nelegálními drogami uvedlo 55,6 %. Z těchto údajů je však velmi obtížné usuzovat na míru rizikovosti chování vězňů (ve vztahu k návykovým látkám), zejména uvážíme-li, jaké výsledky přináší realizované (na populaci středoškolské mládeže) dotazníkové školní studie (např. Csémy et al., 2000 nebo Mioviský, Urbánek, 2001).

Základní přehled dostupných statistik o rozsahu užívání nelegálních drog do roku 1999 poskytuje publikace Drogová problematika ve věznicích a některých zahraničních věznicích (Marešová et al., 2000). Tato přehledná publikace sumarizuje dostupné zdroje dat. Jejím určitým nedostatkem je terminologická nejednotnost a neprovázanost s výzkumnými studii mimo působnost resortu projevující se zejména v kapitolách s daty o drogové scéně mimo věznice. V publikaci mj. nalezneme (str. 13) přehled údajů Ministerstva spravedlnosti ČR (dále též MS) o počtu pravomocně odsouzených osob soudy ČR za primární drogovou trestnou kriminalitu (viz tabulka č. 2), na nichž je patrný stálý výrazný meziroční nárůst:

**Tabulka 4:** Počet odsouzených osob za primární drogovou trestnou kriminalitu (1991-1999)

§ tr. zákona	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
§ 187	25	37	68	110	138	283	357	702	765
§ 187a	-	-	-	-	-	-	-	-	18
§ 188	2	8	4	19	20	27	32	55	38
§ 188a	1	1	1	7	4	24	30	45	70
<b>Celkem</b>	<b>28</b>	<b>46</b>	<b>73</b>	<b>136</b>	<b>162</b>	<b>334</b>	<b>419</b>	<b>802</b>	<b>891</b>

<sup>15</sup> Tzn., že skutečnost, že se jedná o trestnou činnost spojenou s užíváním drog, nemusí být (a často nebývá) vůbec zjištěna a uživatel drogy v tomto případě odpovídá výkon trestu odnětí svobody např. za drobnou majetkovou trestnou činnost, o jejíž souvislosti s drogovou kariérou nevíme.

<sup>16</sup> Alespoň jedna zkušenost s jakoukoli nelegální drogou za život.

V rámci úkolu průběžného monitorování drogové a lékové závislosti u vězňů, vyplývajícího ze Souboru protidrogových opatření (GRŮVS, 2001), bylo provedeno několik šetření. První z nich, provedené v období mezi lety 1996-1997 ve vazební věznici Praha-Pankrác, prokázalo u 4 tisíc vyšetřených osob 1 163 pozitivních nálezů (Marešová et al., 2000, str. 18-21). Vzhledem ke špatné zkušenosti se screeningovými testy na moč přistoupila VS ke změně a testy jsou prováděny výhradně laboratorní analýzou moči. Jedno z dalších publikovaných šetření zveřejnil Odbor zdravotnické služby GRŮVS v roce 2000. Ten prokázal jednak **trvalý nárůst počtu pozitivních testů a jednak nárůst zastoupení pozitivních testů na opioidy** oproti dříve dominantním stimulanciím. V roce 2001 (RVKPP, 2002) Zdravotnická služba VS vyšetřila **celkem 4 966 osob** (provedeno 30 346 testů) **nově přicházejících do vězení**, přičemž u celkem 1 245 osob (tedy u 25 % vyšetřených) byl laboratorně zjištěn pozitivní nález. Největší počet nálezů se v roce 2001 týkal benzodiazepinů (46,7 %) a amfetaminů (33,1 %). Tedy vedle dříve neobvyklejšího výskytu pozitivní většiny množství alkoholu před nástupem výkonu trestu („na rozloučenou se svobodou“ a „na kuráž“) se tak stále častěji setkáváme s výskytem užití nealkoholových drog.

V roce 2002 byla přetrvávající vyšší míra výskytu pozitivních testů u nově nastupujících osob do věznic potvrzena. Došlo sice k celkovému mírnému poklesu procenta osob s pozitivním testem (o necelých 5 %), ovšem celkový počet těchto osob stále přesahuje hranici jedné pětiny. Testy byly provedeny celkem 5 495 vězňům osobám. To představovalo 32 970 testů (Marešová et al., 2003, str. 64). Bylo zjištěno 1 181 pozitivních nálezů u celkem 1 135 osob (tj. 20,7 % ze všech testovaných). Mezi zjištěnými nelegálními drogami dominují stimulační látky (35,5 %), následované benzodiazepiny (26,0 %), konopnými drogami (25,1 %) a opioidy (10,0 %).

Vstupní testy na přítomnost drogy se v roce 2002 prováděly mj. také ve dvou pražských věznicích, Praha-Pankrác a Praha-Ruzyně. Zde bylo provedeno 22 134 testů na celkem 3 689 osobách nastupujících výkon vazby či trestu. Ve čtvrtletním srovnání nevykazují data větší kolísání a **celkově bylo v průběhu roku při vstupu do obou**

**uvedených věznic pozitivně testováno 981 osob (26,6 % ze všech testovaných osob).** Za žádoucí lze označit rozšíření těchto testů do všech věznic, či alespoň **zavést znáhodnění** a provádět testy na reprezentativním vzorku všech osob nastupujících výkon vazby či trestu. V oblasti testování na přítomnost drogy u vězňů je situace výrazně lepší. Zde testy v roce 2002 proběhly v celkem 17 věznicích ČR (pokryly tedy 48 % věznic). Celkem bylo provedeno 10 836 vyšetření na 1 806 osobách. Vyšetření jsou prováděna náhodně a není o nich předem nikdo informován. **Výsledných 8,5 % (tj. 154 osob) pozitivních náhodně provedených testů v roce 2002** je relativně vysokým údajem. Z kvalitativní studie PAD, stejně tak jako z údajů od pracovníků programů prováděných ve věznicích ze strany NNO (Škvařilová, 2003), je zřejmé, že přístup k droze častěji než 2krát týdně má v podmínkách věznic pouze velmi malá část uživatelů. Většina z nich si může drogy opatřovat pouze v delších intervalech. Uvážíme-li, jaká je doba pro zachycení přítomnosti drogy v těle od jejího požití, pak extrapolací ze získaného údaje můžeme vyslovit **hypotézu, že celková prevalence osob užívajících ve vězení s nějakou pravidelností (alespoň 2krát za měsíc) nějakou nelegální drogu se může pohybovat okolo 20-30 % z celkové vězeňské populace.** Bohužel, přesnější údaj, možnost ověření této hypotézy, či jakékoli jiné pokusy stanovit úroveň prevalence užívání drog neexistují a uvedený odhad je pouze na úrovni neověřené hypotézy. Co se týká spektra užívaných látek (v rámci výše popsaných provedených testů), pak výrazně dominují stimulanty (35,5 %), následovaná benzodiazepiny (25,9 %), kanabinoidy (25,1 %) a opioidy (10,0 %). Mezi zbývajícími drogami se objevily také barbituráty a kokain.

V lednu a únoru 2003 byla dále vyšetřena moč celkem 1 217 osob (Řeháček, 2003). Počet vyšetření přesáhl sedm tisíc (7 302). U 269 osob byl test pozitivní, přičemž pozitivních nálezů bylo celkem 287. Pokud jde o zachycené látky, pak dominují amfetaminy (asi 35 %), benzodiazepiny (asi 30 %), dále THC (asi 22 %) a opioidy (asi 10 %).<sup>17</sup> Pokud jde o záchyt látek přímo u již vězněných osob, nejvíce se vyskytují amfetaminy (asi 46 % záchytů), benzodiazepiny (42 %), THC (7 %).<sup>18</sup> U většině látek však jejich výskyt velmi

<sup>17</sup> Uvedená procenta jsou průměrem obou měsíců.

<sup>18</sup> Průměr obou měsíců.

kolísá. Může to být způsobeno jednak tím, že screening je prováděn namátkově, ale spíše lze mít za to, že průnik drog do vězení je nárazový a tím nepravidelný. To ostatně uváděli vězni i ve výše zmiňovaném šetření. Znamená to, že **vězněná toxikomanická subkultura nemá pravděpodobně ve většině věznic dosud na dostatečně organizovaném podkladě propracován systém pravidelných dodávek drog do věznic a jejich vnitřní distribuci** ve vězeních. Stále nevyřešeným nedostatkem současného stavu jsou **chybějící nezávislé výzkumné studie**.

V rámci výzkumného projektu *"Zacházení s drogově závislými pachatelů trestné činnosti"* byl ve všech věznicích a vazebních věznicích proveden pod záštitou IKSP výzkum drogové problematiky. Studie byla provedena prostřednictvím modifikované verze dotazníku DROGAN SF-3/K a vyšetřen byl vzorek 798 vězňů (Marešová et al., 2003) s cílem zmapovat současný stav a trendy ve vývoji užívání drog ve věznicích. Celkem bylo hodnoceno 789 dotazníků vyplněných vězni (9 dotazníků bylo vyřazeno). Z toho bylo 95 mladistvých (ML), 134 žen (Ž), 299 recidivujících mužů (R) a 261 mužů dříve netrestaných (MNT). Bylo zjištěno, že 82 % ze zkoumaného vzorku mladistvých mělo před uvězněním zkušenost s drogou, u žen 54 %, recidivistů 59 % a mužů dříve netrestaných 45,5 %.

Zjištěný počet mladistvých, u kterých se objevila zkušenost s drogou, pravděpodobně do budoucna znamená nejen kvantitativní, ale i kvalitativní změnu skladby vězněných osob. Lze přitom předpokládat, že část ze souboru mladistvých po propuštění z vězení kriminální kariéru neopustí. Toto tvrzení podporuje mj. i fakt, že ze 78 zkoumaných ML jich před daným uvězněním bylo 40 (51,3 %) trestáno jiným (alternativním) trestem, v jehož rámci se nepodařilo odvrácení pokračující kriminální kariéry. Délka trestu méně než rok se u těchto mladistvých pohybuje u 71,8 %, 1–2 roky u 20,5 % a 2–3 roky u 6,4 %. Nejvíce ze zkoumaného vzorku ML (celkem 37,0 %) bylo uvězněno již v patnácti letech. Nejčastějším trestným činem u této skupiny mladistvých byla loupež (spáchalo ji 57,7 % ze zkoumaného vzorku), tedy forma trestné činnosti směřující k přímému opatřování finančních prostředků na nákup či výrobu drog. Podle jiných zjištění (Řehá-

ček, 2003) 75,0 % vězňů, kteří mají zkušenost s drogou, přiznalo, že spáchali trestnou činnost proto, aby si opatřili drogu nebo prostředky na její nákup. Pokud se u zkoumané skupiny jedná o přehled užívaných drog, bylo pořadí v četnosti výskytu následující:

- a) Mladiství: marihuana, pervitin, hašiš, Rohypnol®, inhalanty. Statisticky málo významné se objevily „houbičky“ (lysohlávky), „trip“ (LSD) a heroin.
- b) Ženy: pervitin, marihuana, Rohypnol®, zbytek obdobně jako u předchozí skupiny.
- c) Dříve netrestaní muži: marihuana, pervitin, heroin, MDMA.
- d) Recidivující vězni: marihuana, pervitin, heroin, hašiš, MDMA, „trip“ (LSD), kokain, efedrin, lysohlávky, Rohypnol®.

Dominantní postavení napříč všemi skupinami mají pervitin a marihuana. V motivaci k prvnímu užití je v odpovědích nejčastěji uváděna zvědavost. Následovaly důvody jako vylepšení nálady, touha prožít něco neobvyklého a nebo být jako ostatní. Bez zajímavosti není ani uváděný motiv řešit psychické problémy, životní krizi a zátěž, touhu „být v klidu“ a neschopnost řešit osobní problémy. Tato zjištění si však vyžadují detailnější rozbor.

Nejčastějším způsobem zneužití drogy je ve zkoumaném vzorku kouření, následuje šňupání, vpichy do žil (asi 19 % ve zkoumaném vzorku, převážně ve skupině MNT), polykání a čichání. Ostatní způsoby byly statisticky málo významné. 32,8 % vězňů byla v průběhu vazby či výkonu trestu přímo nabídnuta nelegální droga, či této nabídky přímo využili. Průnik drogy do vězení se dle dotázaných děje nejčastěji v balíčcích a od vstupujících osob včetně zaměstnanců.

Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice<sup>19</sup> uvádí, že k 31. 12. 2001 bylo v českých věznicích evidováno 19 320 osob ve výkonu vazby či trestu. K 31.12. 2002 to bylo již 16 213<sup>20</sup> (tj. dochází ke stálému snižování stavu). Průběžně dochází ke stálému meziročnímu nárůstu podílu osob ve výkonu vazby nebo trestu pro drogové trestné činy v celkové vězeňské populaci (viz tabulka 5). Proporce těchto osob (vězněných pro drogové trestné činy) vzrostla z 3,4 % v roce 1998 až na 4,8 % v roce 2002 (Řeháček, 2003).

<sup>19</sup> Výroční zpráva za o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2001 (RVKPP, 2002).

<sup>20</sup> Výroční zpráva za o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2002 (RVKPP, 2003).

**Tabulka 5:** Podíl počtu osob ve výkonu vazby či trestu pro drogové trestné činy

	1998	1999	2000	2001	2002
Celkem osob ve vazbě a výkonu trestu	22 067	23 060	21 538	19 320	16 213
Počet osob ve vazbě	7 125	6 934	5 967	4 583	3 384
Počet osob ve výkonu trestu	14 942	16 126	15 571	14 737	12 829
Počet osob ve výkonu trestu pro drogové trestné činy	505	502	543	652	615
Podíl z odsouzených	3,4 %	3,1 %	3,5 %	4,4 %	4,8 %

Tento nárůst je přitom kontinuální a doposud nevykázal výraznější výkyvy (tabulka č. 3). Bezesporu zajímavým výsledkem v roce 2002 je fakt, že zatímco absolutní počet vězňených osob opět výrazně klesl, pokles počtu osob vězňených pro drogové trestné činy byl jen velmi malý. Uvážíme-li fakt, že prevalenční studie (prováděné v populaci uživatelů mimo vězňence) vykazují stabilizované údaje (Výroční zpráva NMS, 2002 a 2003), pak lze vyslovit hypotézu, že uvedené zjištění nemá kauzální vztah s reálným nárůstem drogových trestných činů, ale spíše pozorností, s jakou tyto trestné činy přitahují policejní složky. Taková hypotéza koresponduje také s výsledky kvalitativních studií projektu PAD (Miovský, Záborský, 2002; Miovský, Záborský, 2003), tj. především se sekundárním (nepřímým)

vlivem novelizace zákona na oblast veřejného mínění, jemuž samozřejmě podléhají také profese přicházející s uživateli drog do kontaktu.

Zajímavý je také celkový nárůst počtu osob evidovaných jako uživatelé drog<sup>21</sup> ve výkonu vazby či trestu (Statistická ročenka VS, 2002). Jedná se o součet údajů o všech osobách vedených jako uživatelé drog, tj. osobách, které o sobě takovouto skutečnost tvrdí, dále osobách, o kterých byla tato skutečnost zjištěna v tzv. "předchorobí" (ze zdravotní dokumentace před nástupem do vězňence), osoby s pozitivním nálezem v rámci drogového screeningu (viz dále). Mimo to pak platí, že by sem neměly být zařazovány osoby např. příležitostně užívající marihuanu, ale skutečně pravidelní uživatelé nelegálních drog.

**Tabulka 6:** Podíl evidovaných uživatelů nelegálních drog na celkové vězeňské populaci

	1998	1999	2000	2001	2002
Počet vězňů	22 067	23 060	21 538	19 320	16 213
Počet uživatelů drog	4 115	5 990	5 477	5 524	5 481
Podíl počtu uživatelů drog na celkovém počtu vězňů	18,6 %	26,0 %	25,4 %	28,6 %	33,9 %

Údaj o počtu vězňených uživatelů drog se od roku 1998 téměř zdvojnásobil (z 18,6 % na 33,9 % v roce 2002). Kvůli kritériím zařazování do této skupiny je však třeba s údajem zacházet při jeho interpretaci velmi opatrně, neboť je zatížený množstvím možných chyb vzniklých v důsledku nedostatečně operacionalizované definice. Uvedený přehled o stavu užívání drog je ve statistice (Řeháček, 2003) nejdůležitější zvyšován právě pozitivními testy při nástupu

a nikoli v průběhu samotného výkonu vazby či trestu. Z hlediska úvah o prevalenci uživatelů drog ve výkonu vazby a trestu je tak tento údaj pravděpodobně nadhodnocený. Je nutné jej mj. korigovat skutečností, že mnohé osoby si např. vezmou drogu před nástupem výkonu vazby či trestu „na poslední chvíli na rozloučenou se svobodou“ nebo „na kuráž“ a to i v těch případech, kdy drogy neužívají pravidelně.

<sup>21</sup> V ročenke jsou označovány jako „závislí uživatelé drog“, což je vzhledem k operacionalizaci tohoto termínu (viz text) chybné, neboť o intenzitě užívání, typu užívané drogy, ani dalších důležitých skutečnostech nejsou dostupné informace. Použití termínu „závislost“ proto není v tomto případě terminologicky možné.



Zdravotnická služba VS ČR se drogové problematice snaží věnovat systematicky. Potýká se však s podobnými potížemi jako zdravotníci mimo vězeňskou službu. Tyto potíže spočívají především v menší flexibilitě služeb a v rychle se měnících poměrech na drogové scéně. Vedle toho pak Zdravotnická služba VS ČR čelí obecně stálému nedostatku kvalifikovaného personálu, nemluvě o specializovaném vzdělání pro oblast prevence a léčby užívání drog. Vězeňští lékaři ošetřují početné skupiny vězňů, kteří ve své životní historii nebo ještě těsně před uvězněním dlouhodobě zneužívali nelegální drogy nebo alkohol. Oba tyto fenomény se často podílejí různými způsoby na jejich trestné činnosti nebo sociálním selhávání, které k trestné činnosti ve svých důsledcích vedlo.

Bylo již také opakovaně uvedeno, že prakticky chybí jakékoli komplexní evaluační (nejlépe nezávislé) studie. V tomto směru je jedinou výjimkou výzkumný projekt PAD (Zábranský, T. a kol., 2002), v jehož rámci autoři mj. spočítali náklady, které musí VS vynaložit na osoby ve výkonu vazby a trestu odsouzené za primární drogovou kriminalitu. To předpokládalo, za použití etiologického faktoru, určení přiřaditelného podílu nákladů v tomto sektoru prosazování práva. Přestože byly statistické zdroje Minister-

stva spravedlnosti ČR i Generálního ředitelství Vězeňské služby ČR poměrně podrobné (Vězeňská služba České republiky, 1999), neobsahovaly některé údaje nutné pro korektní zhodnocení pro účely studie PAD. Proto bylo v jejím rámci provedeno vlastní vyhodnocení zdrojové databáze Vězeňské služby (se zaslepenými osobními a citlivými údaji ve shodě se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění zákona č. 227/2000 Sb.).

Databázi, tvořenou údaji, kde každý paragraf tvořil datovou větu, zpracoval výzkumný tým tak, aby zahrnovala pouze kalendářní období 1998. Datová věta se skládala z:

- jedinečného identifikačního čísla odsouzeného/vazebně stíhaného,
- identifikátoru pohlaví a věku,
- čísla atd. paragrafu, pro nějž byl odsouzen ve vazbě a/nebo výkonu trestu,
- data nástupu,
- data ukončení vazby /trestu.

Po zapracování do tabulky zahrnující etiologické faktory pro jednotlivé trestné činy (jak jsme již uvedli na příkladu v tabulce 3, tj. ve smyslu výkladu tzv. *etiologického faktoru*) vznikla následující tabulka:

**Tabulka 7: Přiřaditelné „věžňoroky“ výkonu trestu a vazby v roce 1998**

Fe	Celkem	Přiřaditelných
Všechny	21983,23	4569,56
1	821,3753	821,38
0,268	3248,036	870,47
0,199	12862,89	2559,72
0,186	402,8247	74,93
0,1	2430,674	243,07

Tento algoritmus „věžňoroků“ (termín operacionalizovaný a užívaný autory studie) je výhodnější pro určování váhy,<sup>22</sup> s níž se ta která odsouzená/vazebně stíhaná osoba ve výkonu trestu odnětí svobody nebo ve vazbě ocitla. Byl tedy senzitivnější pro ty osoby, které vykonávaly trest odnětí svobody nebo vazbu za souběh trestných činů. To v rámci studie umožnilo při známých

běžných nákladech Vězeňské služby v roce 1998 (4 278 933 280 Kč<sup>23</sup> – Český statistický úřad, 1999; Vopravil, 2002) a při známých speciálních nákladech na protidrogovou politiku (4 400 000 Kč – Zeman, Svoboda, 1999) **výpočet oportunních nákladů Vězeňské služby přiřaditelných nezákonným drogám. Ty za rok 1998 dosáhly výše 468 809 858 Kč.**

<sup>22</sup> Ve smyslu přesnějšího vyjádření míry přispění užívání drog ke spáchání daného trestného činu.

<sup>23</sup> Vypočítaných obdobně jako v předchozích případech coby součet běžných výdajů a konzumované části (12 %) investičních výdajů.

**1/4 Programy pro uživatele nelegálních drog ve věznicích**

Z hlediska léčebného, terapeutického a výchovně-vzdělávacího zacházení ve věznicích můžeme rozeznávat čtyři skupiny vězňů:

- a) Vězni, kteří před uvězněním neměli s drogou zkušenost a nechtějí ji získat ani během uvěznění. Zároveň za sebou mají jen krátkou nebo vůbec žádnou kriminální „kariéru“, jsou bez poruch osobnosti nebo jiných výrazných psychologických problémů atd. Tito vězni by v rámci programu zacházení a harm reduction měli být důsledně zařazováni do bezdrogových zón s modelem zóny postavené k ochraně skupiny vězňů neužívajících drogy před uživateli drog. Smyslem tohoto typu zóny by mělo být oddělit tyto vězně (v případě jejich zájmu) fyzicky a technicky od těch skupin vězňů a prostor, kde by mohlo pravděpodobněji dojít ke kontaktu s drogami nebo negativnímu ovlivňování (prizonizaci) ze strany vězněných uživatelů drog. Stranou nelze ponechat ani komplex vzdělávacích, volnočasových, zájmových a dalších aktivit spojených i s výhodami v rámci zacházení (delší návštěvy, dle možností a pokud to předpisy dovolují vycházky mimo věznici, přerušeni trestu atd.).
- b) Vězni, kteří před uvězněním neměli drogovou zkušenost, avšak jako jeden z možných negativních důsledků uvěznění je u nich pravděpodobný únik k droze či podlehnutí kriminálně „zkušenějším“ jedincům. Zacházení jako se skupinou č. 1, doplněné o intenzivnější preventivní protidrogovou výchovu.
- c) Vězni, kteří před uvězněním drogy užívali, hodlají (projevují snahu) s užíváním přestat a jsou k tomu motivováni. Systém zacházení s těmito vězni by měl již být léčebně-terapeutický. Přejít do skupiny 1 a 2 by neměl být dovolen, avšak v rámci pokroku v jejich léčbě by měli být takovito vězni umisťováni do stále výhodnějších podmínek, např. srovnatelných se skupinou 1. Jejich předčasné přiřazení do skupiny 1 a 2 považujeme za nevhodné zejména proto, že by se s tím neúměrně zvyšovalo riziko narušení bezdrogového režimu s následnými škodami na terapeutickém pokroku u mnohých dalších vězňů. Do těchto výhod je nutné zahrnout i **přetrvávající směšování lidí, kteří jsou k abstinenci**

**motivováni dobrovolně, s těmi, kteří mají léčbu nařízenou soudně.** Zejména vězni se soudně nařízenou léčbou často vyvíjejí úsilí, aby tuto léčbu mohli absolvovat v průběhu výkonu trestu. Tito lidé však velmi často jednají účelově, bez upřímné snahy o pokrok v léčbě a tím i abstinenci po výkonu trestu. Před personálem umějí díky svým zkušenostem z vězení vystupovat velmi vstřícně, podřídivě, v rozhovorech i při terapii přesvědčivě dokládat pokroky ve své léčbě. Mimo dosah personálu, v kolektivu vězňů, však často narušují kolektivní klima skupiny, netají se účelovostí svého jednání a jsou nositeli prizonizační ideologizace. Na druhé straně existují názory odborníků, že pozitivní vliv vězňů motivovaných, kteří se do těchto oddělení dostávají na vlastní žádost a dobrovolně, je značný a znamená významný pozitivní prvek v léčbě vězňů s nařízenou ochrannou léčbou. Jelikož ale zařazení vězně, který má ochranné protitoxikomanické léčení, je přednostní, nedostává se míst pro ty, kteří se k léčbě rozhodnou dobrovolně a dostávají se tam jen v případě volné kapacity, což se děje spíše sporadicky a počítá se na jednotlivce. Podrobnější odborná studie o této problematice může být významným námětem pro výzkumnou činnost vězeňských specialistů a lékařů.

- d) Skupinu tvoří ti vězni, kteří drogy mimo vězení zneužívali a nechtějí přestat ani ve vězení. Zde stojí základní otázka celé koncepce. Jedním východiskem je oddělit i tyto vězně od těch, které by mohli negativně ovlivňovat. Tito vězni představují i bezpečnostní riziko, protože se snaží drogu různými nedovolenými způsoby za každou cenu získat. Druhou možností je nechat tyto vězně ve standardním zacházení s ostatními a pokoušet se dostupnými zákonnými metodami jejich nežádoucí činnost, ideologizaci v rámci prizonizace a pokusy o pašování, korupci apod. co nejvíce omezovat. Je nutné si uvědomit, že u mnoha těchto případů se jedná současně také o uživatele drog mající další typy duševních poruch či onemocnění a že problematice duálních diagnóz bylo doposud věnováno jen velmi málo pozornosti.

Vzhledem k výše uvedeným 4 skupinám vězňů nelze opomenout ani fakt, že se ve věznicích ocitají také dealeri drog, kteří drogy neužívají a neužívali. Tito „profesionální“ dealeri představují pro všechny uvedené skupiny výrazné riziko a ohrožení. Opomenout nelze také osoby s nařízenou ochrannou léčbou (protialkoholní či protitoxikomanickou), jejichž motivace k léčbě je velmi různorodá. Osob, jimž je uloženo ochranné protitoxikomanické léčení v souvislosti s paragrafy 187 a 188, je ročně okolo 40–60.<sup>24</sup> Velmi užitečné je rozpracování kvalitativního popisu různých skupin uživatelů drog a jejich specifik v kontextu výkonu vazby a trestu v publikaci Marešové et al. (2003, str.73–89).

Co se týká zdravotní péče, má **odsouzený v zásadě právo na zdravotní péči ve stejném rozsahu a za stejných podmínek jako je poskytována ostatním občanům**, určitá omezení však vyplývají z účelu výkonu vazby či trestu odnětí svobody. Nelze tedy říci, že by měl uživatel drogy ve vězení stejné možnosti léčby a prevence jako na svobodě a v tomto smyslu je třeba existující specifická omezení vést v patrnosti.<sup>25</sup> Platné právní předpisy<sup>26</sup> poskytují základní právní rámec rovněž např. pro výkon ochranného léčení, realizaci programů zacházení nebo výkon trestu odsouzených zneužívajících OPL ve specializovaných odděleních věznic (RVKPP, 2002).

Za účelem zajištění diferencovaného výkonu trestu realizuje VS několik základních typů protidrogových opatření a programů. Mezi ně patří např. **detoxifikace**, prováděná ve vězeňských nemocnicích Praha-Pankrác a Brno. Na základě zákonů o výkonu trestu, o výkonu vazby a řádu výkonu trestu a řádu výkonu vazby, nařízení generální ředitelky (zejména NGR 49/2001 a 33/2001), dále metodických listů ředitele odboru vazby a trestu a zdravotnického odboru začaly být zřizovány tzv. **bezdrogové zóny a specializovaná oddělení**. V roce 2002 fungovalo **specializované oddělení pro diferencovaný výkon trestu** odsouzených s poruchami osobnosti a chováním způsobeným užíváním OPL ve věznicích Bělušice, Plzeň (oddělení pro muže) s celkovou kapacitou 142 míst,

kteřá však byla využívána přibližně pouze z 50 procent, a od 1. 9. 2002 bylo zřízeno také ve věznici Příbram (kapacita 40 míst). **Bezdrogové zóny** zřizuje postupně Vězeňská služba ČR ve všech věznicích a vazebních věznicích. V tomto snažení navazuje na jednu z pozitivních stránek vězeňství před rokem 1989, protože již od 70. let 20. století existovala specializovaná oddělení určená pro zacházení s odsouzenými závislými především na alkoholu, ale i nealkoholových drogách a jejich léčbu (tzv. Střediska protialkoholní ochranné léčby, SPOL, a Střediska protialkoholní a protitoxikomanické léčby, SPTOL). Ta pracovala např. ve věznicích (dle tehdejší terminologie nápravně-výchovných ústavech, NVÚ) Praha-Pankrác, Plzeň-Bory, Opava a bývalé věznici Mladá Boleslav i jinde. Ve věznicích Plzeň-Bory a Opava (pouze pro ženy) byla specializovaná oddělení pro vězně, kteří selhávali ve standardních podmínkách výkonu trestu především z důvodů poruch osobnosti (odd. měla krkolomný název „Oddělení pro odsouzené, u nichž se ve větší míře projevují psychopatické poruchy“). I přesto, že tato oddělení pracovala v mantinelch daných tehdejší dobou a jejich kapacita byla naprosto nedostačující, je třeba tyto snahy hodnotit pozitivně. Kromě toho existovaly i věznice, kde byl zaveden tzv. bezdrogový režim včetně vydávání léků pouze zdravotnickým personálem.

Zatímco v roce 2001 byl počet bezdrogových zón ve věznicích 13 (tedy ve více než jedné třetině z celkového počtu 34 věznic) s celkovou kapacitou 593 míst, byl tento stav v průběhu roku 2002 zvýšen na 22 bezdrogových zón v celkem 22 věznicích a vazebních věznicích. Tím se v roce 2002 zvýšila kapacita na 938 a posléze na 1 114 lůžek. V těchto odděleních pracují zpravidla vychovatelé, speciální pedagog, psycholog, sociální pracovník, terapeuti a lékař. V některých věznicích je tento personál (s výjimkou lékaře) určen výhradně pro práci v bezdrogové zóně, v jiných práci zajišťují zaměstnanci, kteří pracují v rámci celé věznice.

Velkým tématem stále zůstávají **programy pro výkon ochranné protitoxikomanické a protialkoholní léčby**. V ústavní formě je tato léčba rea-

<sup>24</sup> Marešová et al. (2003, str. 47) uvádí za rok 2000 48 osob, za rok 2001 43 osob a za rok 2002 47 osob.

<sup>25</sup> Např. z logiky věci vyplývá, že je-li někdo vězněn, není možné pro něho zajistit např. ambulantní doléčovací program v rámci následné péče, neboť to (vzhledem k charakteru tohoto programu) v průběhu uvěznění není možné.

<sup>26</sup> Výkon trestu upravuje zákon č. 169/1999 o výkonu trestu odnětí svobody a vyhláška Ministerstva spravedlnosti č. 345/1999, kterou se vydává řád výkonu trestu odnětí svobody. Výkon vazby je vymezen zákonem č. 293/1993 o výkonu vazby a vyhláškou Ministerstva spravedlnosti č. 109/1994, kterou se vydává řád výkonu vazby.

lizována, dle ustanovení § 57 odst. 3 zák. č. 169/1996 Sb. o výkonu trestu odnětí svobody, na uzpůsobených specializovaných odděleních ve věznicích **Rýnovice**, **Znojmo** a ve věznicích **Opava**, kde nově zřízené oddělení pro mladistvé muže doplnilo stávající oddělení pro ochrannou léčbu žen. Tyto programy jsou založeny na komunitních principech práce, přičemž využívají skupinové

a individuální terapie, pracovní terapie a jiných léčebných postupů. V Opavě je dále plánováno nové oddělení pro výkon ochranného léčení psychiatrického a protialkoholního. Z trendu stálého nárůstu počtu těchto léčeb (údaj je sledován MS ČR od roku 1994) je však zřejmé (viz tabulka č. 8), že kapacita v těchto programech je jednou z aktuálních otázek:

**Tabulka 8:** Počty nařízených ochranných léčeb (zdroj: Ministerstvo spravedlnosti ČR)

	1994	1995	1996	1997	1998	1999
<b>Uloženo ochranné protitoxikomanické léčení</b>	53	39	119	144	185	257

Stejně tak stále zůstává nedořešeným problémem adekvátní posouzení efektivity soudně nařízené léčby, tj. ověření výsledků tohoto opatření a jeho srovnání s opatřeními jinými. Bohužel se výzkumem účinnosti a efektivity soudně nařízených léčeb doposud v ČR nikdo v potřebném rozsahu nezabýval. Nejsou tak k dispozici relevantní data. Jak současně uvádí Výroční zpráva ČR ve věcech drog za rok 2001 (Úřad vlády ČR, 2002), byly novelizacemi trestního zákona a trestního řádu vytvořeny nezbytné legislativní podmínky pro léčbu drogově závislých jako alternativa trestu odnětí svobody. **V této souvislosti disponuje trestní právo institucemi**

**ty upuštění od potrestání, upuštění od potrestání s dohledem** (v jehož rámci lze uložit i povinnost podrobit se léčení závislosti na návykových látkách, které není ochranným léčením) **a institutem ochranného léčení** (které může soud uložit jak vedle trestu, tak i při upuštění od potrestání). Přehled způsobů, jakými je tento institut využíván (tabulka č. 9), pak dává tušit, že celý systém je v iniciační fázi a je třeba v dalším průběhu facilitovat doposud neuspokojivou spolupráci jednotlivých zainteresovaných složek. Ta v současnosti vede v mnoha případech spíše ke kontraproduktivnímu využívání tohoto jinak velmi efektivního nástroje.

**Tabulka 9:** Přehled trestů uložených soudy v České republice v roce 2001<sup>27</sup> pachatelům primárních drogových trestných činů

ROK 2001	§ 187	§ 187a	§ 188	§ 188a	Celkem
<b>Stíháno státními zastupitelstvími</b>	1 640	261	222	396	<b>2 519</b>
<b>Obžalováno</b>	1 418	215	195	332	<b>2 160</b>
<b>Odsouzeno</b>	905	86	62	41	<b>1 094</b>
<b>Trest nepodmíněný</b>	365	16	13	10	<b>404</b>
<b>Trest podmíněný</b>	474	45	40	23	<b>582</b>
<b>Obecně prospěšné práce</b>	41	18	4	5	<b>68</b>
<b>Jiný trest</b>	8	2	4	1	<b>15</b>
<b>Ochranné léčení protitoxikomanické</b>	41	1	1	0	<b>43</b>

Ve všech stávajících věznicích a vazebních věznicích ČR jsou zřízeny tzv. poradny protidrogové prevence. Bohužel však hlavním a v blízkém časovém horizontu prakticky neřešitelným problémem je dislokace řady českých věznic, které stojí v oblastech pro mnoho lidí, včetně lidí vysokoškolsky vzdělaných, neatraktivních. Podobně

pak architektura řady českých věznic nevyhovuje požadavkům moderní penologie právě v oblasti možnosti individuálního ubytování nebo ubytování v malém počtu (dva, maximálně tři vězni na jedné cele). To souvisí i s možnostmi důsledného oddělení různých skupin od sebe. Souvisejícím problémem je nedostatek kapacit ke sportovnímu

<sup>27</sup> Zdroj: Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR v roce 2001 (Úřad vlády, 2002).

a zájmovému vyžití, nedostatek pracovních příležitostí pro vězně apod. Postupná náprava tohoto stavu klade obrovské nároky na finanční prostředky, kterých se vězeňství stejně jako mnoha dalším oblastem společenského života nedostává.

**Substituční léčba** závislosti u indikované skupiny uživatelů opioidů (podrobněji kapitola 6) nebyla v podmínkách věznic a vazebních věznic dosud zavedena (konec roku 2002). Probíhající jednání iniciovaná pracovní skupinou projektu PHARE *Substituční léčba* a pracovní skupinou *Vězeňství* o zavedení této modality prozatím dospěla k závěru, kdy se zavedením programu bude GRVS zabývat prozatím alespoň v té variantě, kdy by se věznic samostatně nestaly iniciátory této léčby (tj., neprováděly by nasazení používaných preparátů u osob doposud do programu nezařazených), ale prováděly by substituci u osob, které jsou do programu zařazeny před výkonem vazby a trestu. Prioritní se však jeví zavedení tohoto programu ve vazebních věznicích, a to s ohledem na **skutečnost, že osoby ve výkonu vazby je třeba s ohledem na princip presumpce nevinny považovat za nevinné**. Tyto osoby by tedy logicky měly zachovánu možnost využívat léčebné programy ve maximální možné míře jako na svobodě.

Drtivá většina programů a opatření ve vztahu k uživatelům drog byla doposud téměř výhradně soustředěna na abstinenci. **Přístupy orientované na snižování rizik a poškození u odsouzených** (harm reduction programy) pokračujících v užívání drog i v prostředí věznic (nebo kteří zde drogy užívat začali) **jsou nedostatečné a podceňované**. Jedná se přitom o široké spektrum preventivních programů. Nejsou prováděny prozatím nejvíce kontroverzní výměnné programy jehel a stříkaček ani výdej dezinfekčních přípravků. Očkování proti virovým hepatitidám jsou jen někteří zaměstnanci zdravotnické služby a další vybraný personál věznic. Krevní testy na infekční choroby nejsou prováděny plošně, jen v odůvodněných případech a na základě dobrovolnosti. V roce 2001 bylo provedeno 2 219 testů na HIV a žádný z nich nebyl pozitivní. U osob ve výkonu vazby či trestu však bylo evidováno celkem 11 nakažených virem HIV. Tomuto zúženému pojetí

prevence odpovídá též publikace z roku 2001 *Úspěšnost preventivní práce* (Večerka, Holas, 2001). Ta kvalitně rozpracovává jeden z aspektů hodnocení, kterým je hodnocení spokojenosti a přijatelnosti programu pro cílovou populaci; ostatní oblasti jsou méně rozpracovány (např. hodnocení kvality), některé aspekty evaluace preventivních opatření zcela chybí (hodnocení efektivity, nákladové efektivity atd.) a jsou nahrazeny značně vágními kritérii (Večerka, Holas, 2001, str. 32–57). Autoři studie pak zcela ignorují právě preventivní opatření u rizikových skupin populace. Text zcela pomíjí strategie typu snižování škod a rizik (harm reduction programy). Publikace rovněž postrádá širší perspektivu, tj. zasazení oblasti preventivních opatření prevence kriminality a prevence uvnitř systému VS do širšího rámce preventivních aktivit, realizovaných v ČR. Nedostatky lze spatřovat i ve výběru bibliografie pro kritickou analýzu.

V oblasti budoucího rozvoje hodnocení léčebných programů v rámci VS se jako slibná jeví práce *Specifické aspekty zneužívání drog u žen* (Trávníčková et al., 2001), překonávající tradiční členění látek dle jejich momentálního právního statusu a inovativně se zabývající specifiky spojenými s užíváním návykových látek u žen, včetně související trestné činnosti.

Některé věznic mají první zkušenosti s účastí terapeutů z řad pracovníků nestátních neziskových organizací (o.s. Podané ruce, o.s. Sananim apod.). V jejich případě je do budoucna nutné stanovit přesnější, resp. jasnější podmínky vstupu a zajištění vzdělávacího programu z oblasti vězeňství (základní zákonné předpisy, zásady jednání s vězni a dodržování zásad vnitřní bezpečnosti, základy forenzní a penitenciární psychologie a pedagogiky atd.). V současnosti probíhá na oficiální úrovni jednání mezi zástupci Asociace nestátních organizací (sdružující organizace provozující mj. také programy pro věznic) a GR VS ČR. Na jeho konci by měla být smlouva vymezující oboustranně akceptovatelné podmínky pro vstup těchto organizací do věznic (podrobněji kapitola pátá). V příloze č. 1 uvádíme příklady různých typů existujících a fungujících specializovaných oddělení.

## 1/5 Implementace výsledků projektu PHARE

V předchozím textu jsme se zabývali tím, jaká data jsou dostupná a co nám tato data říkají o důsledcích užívání návykových látek v oblasti vězeňství. Bylo by však bezpochyby nedostatečné zůstat pouze při konstatování těchto skutečností a nezabývat se tím, jak jich využít pro zlepšení. Podpůrným prostředkem pro tento proces zkvalitnění (proti)drogových opatření je realizace úkolů vyplývajících z vládního usnesení č. 594/2003. Toto usnesení bylo připraveno na základě výsledků projektu PHARE a jeho body 3.12 a 3.13 týkající se právě vězeňství mají usnadnit jejich implementaci. **Podrobné znění úkolů viz příloha č. 2.**

Určitá obecnost bodu 3.12<sup>28</sup> je dána relativně širokým záběrem úkolů a současně zájmem Generálního ředitelství VS. Celý komplex úkolů lze pracovním definovat jako:

- a) Vytvořit a zahájit existenci meziresortní poradní pracovní skupiny pro oblast vězeňství a drog (GRVS ve spolupráci se sekretariátem RVKPP). Tím bude splněn požadavek vytvořit kvalitní komunikační platformu, na níž by bylo možné řešit jak dlouhodobé, tak aktuální úkoly a dle potřeby zpracovávat návrhy na jejichž řešení a předkládat je RVKPP či GRVS.
- b) Provést revizi opatření VS týkajících se návykových látek, zejména s ohledem na realizaci různých typů preventivních opatření a s důrazem na propojenost, návaznost a komplexnost péče v rámci výkonu vazby a trestu a propojenost těchto aktivit s programy mimo VS.
- c) Zhodnotit, popsat a připravit přehled možností spuštění substituční léčby pro klienty závislé na opioidech (zejména heroinu), a to jak v rámci výkonu vazby, tak trestu.
- d) Prohloubit spolupráci s neziskovými organizacemi zabývajícími se realizací programů pro uživatele drog ve věznicích, a to formou dopracování a uzavření smlouvy o spolupráci a formou přípravy a realizace systému financování těchto služeb s cílem vytvořit dlouhodobě udržitelnou formu této spolupráce.
- e) Rozšířit a zkvalitnit monitorovací systém v oblasti užívání návykových látek v rámci VS a propojit tento systém s jinými sběrnými systémy koordinovanými Národním monitorovacím střediskem pro drogy a drogové závislosti.
- f) Umožnit a podporovat rozvoj výzkumné činnosti jak v rámci možností VS, tak také v rámci nezávislých studií prováděných nezávislými výzkumnými subjekty mimo VS.

Z uvedených bodů je zřejmé, že se jedná o realizaci dlouhodobých úkolů spojených s množstvím systémových změn, z nichž mnohé jdou daleko za dosavadní tradiční, spíše velmi konzervativní přístup. Jedná se také o změny úzce vázané na systémové změny v našem vězeňském systému a změny perspektivy přístupu k celé této oblasti. V případě úspěšné realizace těchto změn budou první výsledky zřetelněji znát v průběhu roku 2004 a 2005 a lze předpokládat, že by mohlo dojít k zásadním změnám v postavení věznic v systému státní (proti)drogové politiky a adekvátnímu zohlednění těchto změn v budoucí Národní strategii protidrogové politiky ČR pro období 2005-2009.

<sup>28</sup> Úkol ministra spravedlnosti zapracovat závěry a doporučení pracovních skupin Vězeňství a Substituční léčba s termínem do 31. 12. 2003.

## Literatura

- Adiktologie Supplementum 2001 (2002). Supplementum č.1, ročník I. SCAN, Tišnov. ISSN: 1213-3841.
- Benson, B., Rasmussen, D. (1991). Relationship between illicit drug enforcement policy and property crimes. *Contemporary Policy Issues*, 9 (4), 106-115.
- Bém, P. (1997, červen). ...ale bohužel dosti nešťastnou. *MF Dnes*, p. 4.
- Bodláková, I., Nečas, S., Němec, J. (1993). Výsledky z výzkumu evidovaných toxikomanů – pachatelů trestných činů nacházejících se v NVÚ ministerstva spravedlnosti ČR. *Kriminalistický sborník č. 2*, Praha.
- Brochu, S., Douyon, A. (1990). La consommation de psychotropes chez les jeunes placés en centre d'accueil. Montreal: Université de Montréal: Centre international de criminologie comparée.
- Cejpl, M. et al. (2001). Pravděpodobný vývoj vybraných druhů kriminality. *ISKP*, Praha.
- Csémy, L., Sovinová, H., Sadílek, P. (2000). ESPAD 99 – Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách, Česká republika, 1999. Výzkumná zpráva, PCP.
- Český statistický úřad (1999). Statistická ročenka České republiky 1998. Scientia, Praha.
- Dobinson, I., Ward, P. (1986). Heroin and Property Crime: An Australian Perspective. *Journal of Drug Issues*, 16(2), 249-262.
- Gajdošíková, H. (2002). Nástin historie trestněprávní úpravy drogových trestných činů na historickém území Čech, Moravy a Slezska. *Adiktologie Supplementum č.1, ročník 1. Tišnov*. Str. 14-21.
- Goldstein, P., Brownstein, H., Kurlander, L., Glaser, D., Martinez, J. (1987). Drug Related Crime Analysis. *National Institute of Justice, Washington*.
- Hrbáček, J. (1998, březen). Kopřiva: Policie narkomany vydírat nebude (Už dnes by policisté mohli zneužívat zákon proti drogám, ale nedělají to). *Lidové noviny*. Str. 4.
- Hubička, F., Kopřiva, J. (1997, únor). Spotřebitelům by nemělo hrozit vězení. *Lidové noviny*. Str. 5.
- Komorous, J. (1997, červenec). Novela nám dá zbraň proti drogám. *MF Dnes*. Str. 4.
- Langer, I. (1997, srpen). Protidrogová politika opakuje chyby jiných. *MF Dnes*. Str. 18.
- Linhartová, D., Kopřiva, J. (1998). Otázky pro... náměstka MV ČR Ing. Jaroslava KOPŘIVU. *Policista*, (7/1998).
- Marešová, A., Sochůrek, J., Válková, J. (2000). Drogová problematika ve věznicích ČR a některých zahraničních věznicích. *Institut pro kriminologii a sociální prevenci (IKSP)*, Praha.
- Marešová, A., Nečada, V., Sluková, K., Sochůrek, J., Zeman, P. (2003). Drogy a česká vězeňská populace v kontextu drogové scény a trestněprávní legislativy. *Institut pro kriminologii a sociální prevenci (IKSP)*, Praha.
- Ministerstvo spravedlnosti ČR. (1998). Analýza negativních dopadů novelizace trestního zákona (drogová kriminalita) s návrhy na opatření. *MSČR*, Praha.
- Miovský, M., Zábranský, T. (2002). Přehled výsledků substudie provedené s uživateli nelegálních psychoaktivních látek: kvalitativní analýza. *Adiktologie Supplementum 1, ročník I. Tišnov*. Str. 41-75.
- Miovský, M., Urbánek, T. (2001). NEAD 2000. Zprávy z výzkumu za jednotlivé okresy. *Albert, Boskovice*.
- Miovský, M., Zábranský, T. (2003). Kvalitativní analýza dopadu nové drogové legislativy na drogovou scénu z perspektivy pracovníků zdravotnických zařízení a významných poskytovatelů služeb uživatelům nelegálních drog. *Čs. psychologie*, Praha (v tisku).
- Netík, K., Budka, I., Neumann, J., Válková, H. (1990). K osobnosti kriminálního toxikomana. *Psychiatrické centrum Praha*, Praha.
- Němec, J., Bodláková, I. (1995). Drogy a výkon trestu odnětí svobody. In: Nožina, M., Hlavatý, L. (eds.) (1995). *Česká republika ve světě drog. Ústav mezinárodních vztahů v nakladatelství KLP*, Praha.
- Nožina, M., (1997). *Svět drog v Čechách*. Koniasch Latin Press (KLP), Praha.
- Presl, J. (1997, červen). ... a zapominá na kvalitní domácí legislativu. *MF Dnes*. Str. 12.
- Řeháček, M. (2003). Přehled údajů o užívání drog ve věznicích. Přehled vyžádaných dat zpracovaný pro potřeby Úřadu vlády a NMS. *GRVS ČR*, Praha.
- Single, E., Easton, B., Collins, D., Harwood, H., Lapsley, H., Maynard, A. (1996). *International Guidelines for Estimating the Costs of Substance Abuse*. Canadian Centre on Substance Abuse, Ottawa.
- Škvařilová, O. (2003). Osobní rozhovor.

## Literatura

- Statistická ročenka VS ČR za rok 2002 (2003). GŘVS ČR, Praha. Zdroj: [http://www.vscr.cz/clanky/?cl\\_id=25](http://www.vscr.cz/clanky/?cl_id=25) (17.7.2003, 19:00).
- Soubor protidrogových opatření ve výkonu vazby a trestu odnětí svobody na léta 2001-2004 (2001). Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, č.j.: 130/165/2001. Přijato 29.3.2001. GŘVS, Praha.
- Trávníčková, I. et al. (2001). Specifické aspekty zneužívání drog u žen. Institut pro kriminologii a sociální prevenci (IKSP), Praha.
- U.S. Department of Justice (1994). Drugs and Crime Facts 1993. Drugs & Crime Data Center & Clearinghouse, Rockville.
- Večerka, K., Holas, J. (2001). Úspěšnost preventivní práce. Institut pro kriminologii a sociální prevenci (IKSP), Praha.
- Vězeňská služba České republiky (1999). Ročenka Vězeňské služby České republiky 1998. Generální ředitelství Vězeňské služby České republiky, odbor správní, Praha.
- Vopravil, J. (2001). Zpráva o státním rozpočtu 1998. Adiktologie Supplementum 1, ročník I. Tišnov.
- Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2001 (2002). Úřad vlády ČR, Praha. 2002.
- Výroční zpráva za o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2002 (2003). Úřadu vlády ČR, Praha. V tisku.
- Zábranský, T. (2001). Analýza nákladů a výnosů trestnosti držení nelegálních drog pro vlastní potřebu: ČR 2000. Závěrečná zpráva substudie projektu PAD. MPK, Praha.
- Zábranský, T., Miovský, M., Mravčík, V., Gajdošíková, H. (2001). Impact Analysis Project of New Drugs Legislation. Summary Final Report. National Drug Commission Czech Republic, SCAN, Tišnov.
- Zábranský, T., Miovský, M., Mravčík, V., Gajdošíková, H. (2002). Projekt analýzy dopadů novelizované drogové legislativy v ČR. Souhrnná závěrečná zpráva. ResAd, SCAN, Tišnov.
- Zeman, M., Svoboda, I. (1999). Návrh státního závěrečného účtu České republiky za rok 1998. Report No. č.j. 20/28111/1999. Poslanecká sněmovna České republiky, Praha.



**2** EVROPSKÉ SMĚRNICE  
PRO HIV/AIDS A HEPATITIDY  
VE VĚZNICÍCH

## Abstrakt

Evropské směrnice pro HIV/AIDS a hepatitidy ve věznicích byly vytvořeny Evropskou sítí pro prevenci HIV/AIDS a hepatitidy ve věznicích (European Network on HIV and Hepatitis Prevention in Prisons). Překlad poslední verze těchto směrnic<sup>1</sup> (Milán, květen 1999), schválených zástupci členských zemí EU zapojených do této sítě, byl proveden ve spolupráci s Haraldem Spirigem (Rakousko) v rámci<sup>2</sup> projektu PHARE, třetího komponentu,

pracovní skupiny Věžežství. Současně byl pro potřeby této kapitoly proveden překlad seznamu preventivních opatření, která patří v Evropě mezi nejčastěji využívaná. Není obvyklé, aby každá věznice využívala všech těchto preventivních opatření.<sup>3</sup> Naopak, každá realizuje ta opatření, která odpovídají jejím potřebám, možnostem a danému kulturnímu a historickému kontextu.

**Klíčová slova:** evropské směrnice – uživatelé drog – HIV/AIDS – hepatitidy – preventivní a léčebná opatření.

## 2/1 Obecná doporučení

- a) Prevence HIV/AIDS a hepatitidy ve věznicích by měla být brána jako celosvětová a prořadná otázka veřejného zdraví. V kontextu zvyšující se konzumace drog ve většině společností a se socioekonomickou nerovností se objem vězeňské populace za poslední dvě desetiletí dramaticky zvýšil. V evropském prostředí by se mělo stát prioritou snižování počtu vězňů a hledání alternativních řešení za tresty odnětí svobody, zvláště u uživatelů drog a u lidí s vážnými infekčními nebo chronickými onemocněními.
- b) Na vězně by mělo být pohlíženo jako na plnoprávné občany a měli by mít tedy možnost využívat dobrovolnou formou služeb plynoucích z léčebných a preventivních opatření, ke kterým by měli přístup ve svém běžném životě.
- c) Zdravotní péče ve věznicích i mimo ně by měla být stejná. Evropské zkušenosti ukazují,

že tohoto výsledku se dosahuje snáze, pokud je zdraví vězňů svěřeno do zodpovědnosti ministerstva zdravotnictví.

- d) Měla by existovat návaznost léčby jak u vězňů, kteří nastupují výkon trestu, tak u těch, kteří vězňici opouštějí, s čímž bude souviset spolupráce mezi věznicemi a externími organizacemi. Věznice musí být považovány za nedílnou součást společnosti, úzce provázanou s dalšími sociálními systémy. Zdravotní péče ve věznicích by měla být vnímána v úzké spojitosti se zdravotní péčí poskytovanou občanům v běžném životě, aby byla zajištěna:
  - maximální dostupnost preventivních opatření ve věznicích,
  - kontinuita péče pro vězně ve výkonu trestu i propuštěné vězně.

## 2/2 Zdravotní výchova a informovanost vězňů

- a) Při nástupu výkonu vazby či trestu odnětí svobody by měli být všichni vězňi informováni a poučeni o povaze a způsobech přenosu infekčních onemocnění, která jsou přenosná

krví a pohlavním stykem (a to jak ve věznicích, tak i mimo ni), a také o metodách a opatřeních, kterými je možné jejich šíření ve věznicích i mimo ni zabránit.

<sup>1</sup> European Guidelines on HIV/AIDS and Hepatitis Prevention in Prisons (1999). European Network on HIV/AIDS and Hepatitis Prevention in Prisons, Milano.

<sup>2</sup> Evropské směrnice pro HIV/AIDS a hepatitidy ve věznicích (2002). RVKPP, Praha. Překlad Olina Kudová a Jiří Bareš.

<sup>3</sup> Celkový seznam opatření (příloha č. 3) tak slouží spíše jako jakýsi „katalog“ preventivních opatření, jimiž se lze inspirovat a současně dávat následujícím obecným směrnicím podobu konkrétních kroků.

- b) Vězni by měli mít možnost setkat se s informovaným zdravotníkem, který by odpovídal na jejich dotazy. Současně by měli obdržet

informace o možnostech poradenství, testování na přítomnost virů a očkování.

### 2/3 Dobrovolné testování na HIV a prevence

- a) Dobrovolné testování a poradenství v souvislosti s HIV by mělo být nabízeno a snadno dostupné všem vězňům po celou dobu výkonu vazby či trestu odnětí svobody, a to anonymně, zdarma a se zajištěním kvalifikované poradenské služby před i po testování. Toto poradenství je nezbytné a důležité i v případě, že výsledky testu budou negativní.
- b) Výsledky testů na HIV sdělují vyškolení zdravotníci důvěrnou formou, ať je výsledek jakýkoli. Za žádných okolností by tito zdravotníci neměli být povinni tyto informace předávat
- správním orgánům bez písemného souhlasu příslušného vězně.
- c) Léčba krví přenosných virů by měla být poskytována na stejné úrovni jako mimo věznici. Rovněž není akceptovatelná jakákoliv segregace ani diskriminace vězňů s pozitivními výsledky testů na HIV nebo hepatitidy.
- d) Všichni vězni (včetně těch, kteří nerozumí jazyku, jímž se v příslušné zemi hovoří) i pracovníci věznic by měli být prostřednictvím kvalifikovaného personálu pravidelně seznamováni s problematikou HIV/AIDS.

### 2/4 Léčba

- a) Protidrogové léčebné programy by měly být holistické povahy. Měla by být poskytována kombinace doplňkových programů a léčebných možností. Nutná je aplikace různých přístupů k různým podskupinám. U uživatelů drog, kteří odmítnou léčbu, je třeba uplatnit strategii *harm reduction*. Programy „drug free“ oddělení<sup>4</sup> by se mohly stát příležitostí pro některé osoby zneužívající drogy, a proto by měly být předmětem důkladných vyhodnocování.
- b) Měly by být uplatňovány prvky pozitivní motivace k životu bez drog, např. zvýšení počtu dovolených nebo návštěv, případně zkrácení výkonu trestu v případě doložené abstinence. Tyto metody je třeba před jejich zavedením do praxe řádně zvážit.
- c) Povinné testování na drogy, které se ukázalo jako neefektivní jak po stránce ekonomické,
- tak zdravotní, by nemělo být součástí drogové politiky ve věznicích.
- d) Je třeba zajistit širokou podporu možnostem léčby pro ty uživatele, kteří chtějí s drogami skončit, a to jak ve věznicích, tak i mimo ni. K dosažení tohoto cíle je třeba provádět randomizované studie, na jejichž základě bude možné zjistit, které metody a programy jsou neúčinnější.
- e) Přestože se léčba metadonem a buprenorfinem ukázala jako přínosná pro mnoho uživatelů opioidů, efektivitu těchto léčebných postupů je třeba hodnotit příslušnou metodologií. Substituční léčba zahrnuje jak detoxifikaci, tak i udržovací fázi. Substituční léčba nabízí možnost pravidelně s vězni hovořit o zdravotních otázkách nebo problémech souvisejících s drogami, avšak je třeba říct, že se nejedná o celkové ani jediné řešení drogového problému.

### 2/5 „Harm reduction“ a drogy

- a) Je třeba vzít na vědomí, že se vždy najdou vězni, kteří si drogy ve věznicích nějak opatří, a proto by zde měla existovat možnost jejich
- bezpečné injekční aplikace.
- b) Některé evropské projekty jasně ukázaly proveditelnost a účinnost výměnných programů ve

<sup>4</sup> Bezdrogové zóny.

- věznicích. Národní programy by měly podporovat vznik pilotních projektů ve věznicích, které o jejich realizaci projeví zájem z vlastní vůle.
- c) Pro některé vězně představuje výkon trestu odnětí svobody příležitost k řešení jejich drogové závislosti. Proto je třeba vyvinout úsilí k zajištění:

- léčebných možností pro uživatele drog, kteří chtějí svou závislost na drogách zmírnit,
- jednotek dobrovolného testování na drogy určených pro vězně, kteří přestali brát drogy a chtějí nadále žít bez drog,
- pomoci těm vězňům, kteří nechtějí být vystaveni tlaku k užívání drog.

## 2/6 Dostupnost kondomů

- a) Ze zkušeností některých evropských zemí vyplývá, že je třeba prosazovat možnosti snadného přístupu ke kondomům a ve vodě rozpustným lubrikantům. Studie realizované Evropskou sítí pro prevenci HIV/AIDS a hepatitidy ukázaly, že ve věznicích dochází k homosexuálním i heterosexuální stykům, a je proto třeba zajistit dostupnost kondomů ve všech věznicích (anonymně a zdarma). Ze zkušeností několika evropských zemí vyplývá, že tato politika je bez ohledu na možné bezpečnostní problémy efektivní a významně
- b) Ve věznicích je třeba prosazovat vznik místností, kde by byla povolována setkání manželů nebo kde by mohlo docházet k pohlavnímu styku v humánních a bezpečných podmínkách. Navíc by taková zařízení mohla posilovat sociální a emoční vazby mezi vězňými a jejich partnery a rodinami. Před jejich zavedením do běžné praxe by tyto programy měly být pečlivě zhodnoceny.

## 2/7 HIV/AIDS, hepatitida a přistěhovalci

- a) Z vysokého podílu přistěhovalců na vězeňské populaci ve většině evropských zemí (ve srovnání s celkovou populací) jasně vyplývá potřeba lepší informovanosti etnických menšin a cizinců s ohledem na jejich konkrétní specifika. Zohlednit by se měl jejich rozdílný původ a jednotlivé mateřské jazyky.
- b) Vězeňská služba musí v souvislosti se zdravotnickými službami počítat s potřebou tlumočnicků. Veškeré preventivní aktivity by měly být maximálně přizpůsobeny specifickým potřebám příslušných přistěhovalcích skupin.

## 2/8 Monitorování/screening hepatitid a prevence

- a) Z důvodu vysoké prevalence těchto infekcí mezi osobami nastupujícími výkon trestu odnětí svobody by mělo být nabízeno na dobrovolné bázi testování na virovou hepatitidu C všem rizikovým vězňům, zvláště současným a bývalým injekčním uživatelům drog. Ti, kteří mají pozitivní výsledky testů, by měli být přiměřeně zhodnoceni z hlediska možné léčby, a to v souladu s politikou uplatňovanou v dané společnosti.
- b) Vzhledem k tomu, že jsou dnes k dispozici kvalitní vakcíny proti hepatitidě B, očkování proti tomuto onemocnění by mělo být nabízeno všem nastupujícím vězňům, a to bez ohledu na délku jejich trestu. Všem vězňům by měla být k dispozici kvalitní poradenská služba, zvláště pak aby se zabránilo šíření zavádějících informací ohledně HIV a hepatitidy.
- c) Ve věznicích by se měly rovněž vyzkoušet krátkodobé harmonogramy očkování proti hepatitidě B, u nichž je možné proočkovat větší množství vězňů.

## 2/9 Zdravotní výchova zaměstnanců

- a) Pracovníci věznic se potřebují školit a průběžně informovat o zdravotních, psychologických i sociálních aspektech HIV, hepatitid a užívání drog, aby se sami cítili bezpečně a byli také schopni poskytnout vězňům odpovídající vedení a podporu.
- b) Zaměstnanci věznic by také měli znát a být schopni aplikovat obecná ochranná opatření proti přenosu virových onemocnění. Není důležité vědět, zda jsou vězni pozitivní nebo negativní. Se všemi vězni je třeba zacházet stejně, tj. jako kdyby byli pozitivní, a to jak z důvodu existence tzv. serologického okna, také aby se zabránilo diskriminaci.
- c) Musí existovat příležitosti ke sdělování a výměně informací a dobrých praktik mezi jednotlivými věznicemi a organizacemi působícími mimo vězeňskou službu na všech úrovních.
- d) Zaměstnanci věznic musí být rovněž očkováni, přinejmenším proti hepatitidě B, která pro ně představuje potenciální riziko při prohlédávání kapes nebo zavazadel.
- e) Je třeba, aby měl vězeňský personál k dispozici přesný plán řešení různých mimořádných situací.
- f) Měly by existovat závazné postupy pro případy propuknutí HIV nebo hepatitidy.
- g) Zaměstnanci věznic by z titulu své pozice poskytovatelů zdravotní péče měli být v maximální míře informováni o preventivních profylaktických opatřeních v reakci na vystavení se možné nákaze, realizovaných v souladu s místními směrnicemi.

## 2/10 Prevence před propuštěním a návštěvami s opuštěním věznic<sup>5</sup>

- a) Před propuštěním, návštěvou s opuštěním věznic nebo přerušením výkonu trestu by měl být vězňům nabídnut prevenční balíček a kondomy.
- b) Vězňům, kteří mají problémy s drogami, velmi pomohou na míru ušité preventivní programy realizované před jejich propuštěním. Zejména se to týká informace o prevenci předávkování, které se ukazuje jako velmi častá příčina předčasných úmrtí mezi uživateli drog propuštěnými na svobodu.
- c) Tyto programy mohou posílit úlohu zdravotních a sociálních služeb nabízených v rámci výkonu trestu. Věznic by se měla jménem vězně spojit se zástupci protidrogových služeb působících mimo věznici, aby se tak zajistila návaznost léčby a péče na svobodě.

## 2/11 Epidemiologický dohled

- a) V evropských věznicích by měl být v pravidelných intervalech uplatňován určitý funkční systém epidemiologického dohledu, který by měl být součástí celorepublikového systému epidemiologického dohledu. Anonymní způsob kombinovaného testování ze slin a dotazníku vypracovaného Evropskou sítí pro prevenci HIV a hepatitidy ve věznicích představuje validní a reliabilní prostředek k monitorování šíření HIV. S ohledem na možnost výrazných místních odlišností je důležité zahrnout do vzorku různé typy věznic a různé oblasti.
- b) Pro účely vyšetřování výskytu HIV a hepatitidy a hlášení takových případů by měly být vypracovány příslušné postupy.

<sup>5</sup> V našich podmínkách existují minimálně dvě varianty: návštěva s opuštěním věznic a přerušeni výkonu trestu.



**3** KURIKULUM VZDĚLÁVACÍHO  
KURZU PRO PRACOVNÍKY  
VĚZEŇSKÉ SLUŽBY V OBLASTI  
UŽÍVÁNÍ NELEGÁLNÍCH  
NÁVYKOVÝCH LÁTEK

Michal Miovský  
Jan Sochůrek  
Květa Sluková  
Jana Paukertová

## Abstrakt

V rámci analýzy potřeb v oblasti vzdělávání personálu VS se objevila mezera ve vzdělávání tzv. školitelů personálu Vězeňské služby ČR. Jedná se o velmi specifickou cílovou skupinu, neboť školitelé personálu VS jsou mj. zodpovědní za vzdělávání ostatních složek VS v jednotlivých věznicích v oblasti užívání a uživatelů drog. De facto se tak v případě kurzu, který byl pro tuto

cílovou skupinu navržen, jedná o „trénink trenérů“. Kurz je stavěn jako intenzivní jednotýdenní program mající charakter vstupního vzdělávání. Na něj by měly v budoucnu navázat programy kontinuálního vzdělávání. Součástí navrženého kurikula jsou také metodická doporučení a doporučené způsoby hodnocení (evaluace) přípravy, průběhu i výsledku.

**Klíčová slova:** školitelé personálu – vzdělávací kurikulum – vstupní vzdělávací program – evaluace.

Jednou z hlavních oblastí pozornosti projektu Phare bylo vzdělávání. Nejinak tomu bylo také v pracovní skupině Věžeňství. Členové pracovní skupiny provedli v průběhu roku 2002 jednoduchou analýzu potřeb. Ta spočívala ve zhodnocení realizovaných výukových programů pro oblast návykových látek a identifikaci programu, který by buďto vhodně doplnil již existující programy, nebo by byl navržen pro cílovou skupinu, kterou žádný z existujících programů nepokrývá. Nakonec byla zvolena druhá varianta, tj., byla v rámci VS identifikována cílová skupina, kterou v oblasti vzdělávání nepokrývá žádný existující program. Pro tuto cílovou skupinu pak bylo „na míru“ navrženo nové vzdělávací kurikulum.

Navržené kurikulum kurzu je určeno jako příklad pracovníkům v oblasti vzdělávání jednotlivých složek VS ČR a pracovníkům dalších institucí majících ke vzdělávání VS nějaký vztah. Hlavním cílem textu je identifikovat a utřídit významná témata, z nichž by se mělo vzdělávání skládat, a otevřít diskusi o návaznosti na existující vzdělávací programy zajišťované prostřednictvím Institutu vzdělávání Vězeňské služby ČR (dále též

IVVS) a samozřejmě také o kvalitě a dalším rozvoji tohoto specifického typu vzdělání. Jak ukázala zmíněná krátká analýza potřeb, existovalo již v době spuštění projektu PHARE v rámci vzdělávacích programů zajišťovaných IVVS několik programů zaměřených na oblast užívání návykových látek. V rámci analýzy potřeb byl posléze identifikován a formulován úkol připravit kurikulum, které by se stalo modelovým programem vstupního vzdělávacího modulu pro tzv. školitele personálu VS. De facto se tak jedná o „trénink trenérů“, neboť školitelé personálu VS mají za úkol podílet se na dalším vzdělávání personálu věznic. Navržené vzdělávací kurikulum bylo připravováno dle požadavků IVVS a předpokládáme, že tento vzdělávací institut bude tyto programy provádět a zajistí jejich pokračování, tj. realizaci kontinuálního vzdělávání školitelů personálu VS. Určitým úskalím realizace navrženého vzdělávacího programu je vyšší podíl externistů, nežli je obvyklé u jiných podobných kurzů v rámci IVVS. Tento problém se však nejeví jako zásadní a jeho řešení je spíše v oblasti organizačně-technické (zajistit účast externích lektorů mimo VS), nežli ekonomické.

### 3/1 Zadání projektu a jeho cíl

Obecným cílem vzdělávání pracovníků VS v oblasti užívání návykových látek je zvýšení kompetence a schopnosti adekvátně reagovat na problémy spojené s užíváním drog ve věznicích a vazebných věznicích ČR. Specifickým cílem pak je připravit podklady pro vstupní týdenní vzdělávací kurz, který by sloužil jako kvalitní příprava

kvalifikovaného lektorského sboru pro další, kontinuální vzdělávání pracovníků Vězeňské služby ČR v oblasti drogové prevence ve věznicích. Absolvent kurzu, který se následně zařadí do programů kontinuálního vzdělávání v této oblasti, by měl průběžně zvyšovat svoji odbornost (jak po stránce znalostí, tak dovedností). Cílem vzděláva-



ciho programu je teoreticky připravit kompetentního odborníka (v oblasti užívání nelegálních drog) na úrovni poznatků odpovídajících možnostem jednosemestrálního kurzu. Díky předchozí pedagogické přípravě frekventantů se očekává schopnost předávat základní penzum informací dalším pracovníkům VS ve věznicích a provádět s nimi nácvik dovedností v oblasti protidrogových opatření a nových přístupů. To implikuje předpoklad dostatečně kvalitních rétorických a didaktických schopností, jejichž zlepšování jsou věnovány další vzdělávací programy zajišťované ze strany IVVS.

Praktickým výstupem projektu PHARE je návrh tématického a technického plánu týdenního vstupního vzdělávacího kurzu pro identifikovanou skupinu pracovníků VS. Tento kurz by měl

být zajišťován prostřednictvím IVVS. Předpokládá se podíl interních i externích odborníků (zdravotnických i sociálních, a to jak ze státních zařízení, tak NNO, zejména z řad nízkoprahových a kontaktních center, léčebných programů, programů následné péče atd.). Po základním proškolení (tj. vstupním vzdělávacím kurzu) by následovala (kontinuální vzdělávání) soustředění ve frekvenci 1x ročně celkem tři kurzy po 12 účastnících (tím bude kapacitně pokryto všech 35 věznic). Do zadání nebylo díky danému rámci projektu PHARE možné adekvátně promítnout nutnost propojit vzdělávání v oblasti užívání nelegálních i legálních návykových látek. Tedy přistupovat k problému jednotně a koordinovaně. Tento handicap by měl být překonán při fázi implementace.

### 3/2 Popis současného stavu

VS provádí vlastní doškolení pracovníků přímo ve věznicích v rámci jejich odborné přípravy. Jen část pracovníků (zpravidla základní články výkonu služby jako např. strážný, dozorce atd.) jsou účastníky stávajících specializačních kurzů, pořádaných IVVS. Školení v rámci odborné služební přípravy v oblasti protidrogové prevence provádějí zpravidla specialisté oddělení výkonu vazby a trestu (dále též OVT),

příčemž není ujednocen obsah ani metodika. Tím tyto vstupy často podléhají osobním názorům přednášejícího a často lze mít výhrady i k aktuálnosti i věcné správnosti poznatků. Specializovaným, jednotně řízeným a prováděným vzděláváním pracovníků určených k protidrogové prevenci by bylo dosaženo, dle názoru předkladatelů, kvalitativního posunu při proškolení personálu VS v předmětné problematice.

### 3/3 Základní rámec vzdělávacích kurzů pro školitele personálu

Projekt má za cíl navrhnout ucelený vzdělávací program týdenního vstupního vzdělávacího programu pro školitele personálu VS v oblasti užívání návykových látek. Za tímto účelem je třeba v roce 2003 (2. polovina roku) provést pilotní projekt a ověřit první pracovní verzi návrhu vzdělávacího kurikula kurzu na vzorku zapojených pracovníků VS (předpokládá se kapacita do 20 osob).

Vzdělávací program pro školitele personálu VS lze jednoduše rozdělit do dvou částí. První část tvoří vstupní vzdělávací program (v rozsahu 5 dnů), jehož absolvování by mělo být předpokladem pro zařazení do programu kontinuálního vzdělávání

a následného zapojení do vzdělávacího procesu ostatních složek personálu VS („výcvik trenérů“). Tímto vstupním vzdělávacím kurzem se zabývá předkládaný návrh kurikula. Vstupní vzdělávání je samostatným týdenním kurzem. Jeho cílem je zprostředkovat kvalitní teoretickou přípravu a základní informace o stavu problematiky, např. znalost koordinace protidrogové politiky jako celku, znalost role a pozice opatření směřujících k potlačování nabídky, základní znalost léčebného systému a např. také orientace v tom, na koho a s čím se v regionu mohou pracovníci věznic obracet (např. zařízení následné péče) a s kým spolupracovat a proč atd. (návaznosti programů).

Na týdenní vstupní vzdělávací program (kurz) navazuje **kontinuální vzdělávací program**, který není předmětem tohoto materiálu. Ten by měl být zajištěn formou dlouhodobého vzdělávání, které naváže na vstupní vzdělávací kurz, a prostřednictvím minimálně týdenních kurzů za rok prohlubovat znalosti frekventantů a především zohlednit aktuální poznatky v oboru. Cílem kontinuálního vzdělávání by tak mělo být postupné zkvalitnění práce jednotlivých složek pracovníků VS v kontaktu se závislými a preventivní působení prostřednictvím prohlubování znalostí, předávání aktuálních informací a především zlepšování praktických dovedností. Jádro dlouhodobého vzdělávání by pak mělo být tvořeno především nácvikovými prvky a vycházet by mělo především z:

- aktuálních potřeb daných změnami ve VS ve vztahu k nelegálním návykovým látkám,
- aktuálních potřeb daných změnami na drogové scéně, na které by měl personál VS působící jak ve vazbě, tak výkonu trestu být schopen adekvátně reagovat přízpůsobením svých postupů,
- aktuálních potřeb daných výkonem funkce školitele personálu VS (např. doškolení v nových právních úpravách ve vztahu k návykovým látkám, práv vězňů atd.),
- dlouhodobé koncepce vzdělávání (postupné zvyšování komunikačních a pedagogických schopností, zvyšování odborných znalostí o návykových látkách, rozvoj a zvládnání kontrolních a analytických nástrojů atd.).

Při návrhu kurikula bylo dbáno následujících vytyčených úkolů (podobně jako tomu bylo u jiných cílových skupin pro vzdělávání v rámci projektu PHARE):

- Návrh kurzu musí vycházet z **reálných technicko-organizačních možností** na provádění podobných vzdělávacích aktivit (tj. členění na jednodenní bloky atd.).
- Kurikulum musí **jasně specifikovat jednotlivá témata** a ohraničit je do té míry, do jaké je považujeme za nutné definovat jako návrh „teoretického minima“.

- Přehled tematických bloků a jednotlivých lekcí je **doporučením**, nikoli striktním pravidlem. Stejně tak jako časový rozsah věnovaný jednotlivým lekcím. Zde by měla být ponechána volnost odbornému garantovi kurzu. Závazné by mělo být to, aby frekventanti uměli teorii vztahující se k těmto lekcím.
- Manuál musí obsahovat **návrh jasné a srozumitelné podoby hodnocení kvality**. Tento návod není a nemá být závazný. Je třeba jej opět vnímat spíše jako inspiraci a je na odborném garantovi, aby zvolil evaluační nástroje dle svého uvážení. Důraz je při evaluaci kladen na praktičnost, jasnost a srozumitelnost. Materiál však obsahuje pouze techniky pro vnitřní evaluaci. Externí evaluace není předmětem pozornosti předkládaného manuálu.

Jak již bylo opakovaně uvedeno výše, zaměřujeme se v předkládaném materiálu pouze na oblast vstupního vzdělávacího programu. Důvodem je potřeba v co nejkratším časovém úseku nastavit základní kritéria, tj. stanovit povinné minimum znalostí a dovedností v oblasti užívání návykových látek, a to jak legálních, tak nelegálních, od kterých se pak bude odvíjet plán a cíle kontinuálního vzdělávání. Dále je třeba ujasnit a zajistit, co vše v této oblasti musí školitelé personálu VS v oblasti drogových závislostí bezprostředně po nástupu do funkce zvládnout, aby vůbec mohli kvalifikovaně tuto funkci vykonávat, aby se vůbec mohli následně zařadit do kontinuálního vzdělávacího programu a tento program pro ně byl skutečně smysluplný.

Pro praktickou realizaci je nutné ověřit výsledky krátké analýzy potřeb a přizpůsobit případně kurz jak aktuálním potřebám, tak finančním a technickým možnostem. Tento materiál se cíleně zabývá pouze modulem vstupního vzdělávání (v rozsahu 1 týdne výuky) pro oblast návykových látek. Návrh kurikula je tak z určitého úhlu pohledu vytržen z kontextu a chybí mu kvalitní popis širšího rámce (především způsob předchozího a navazujícího vzdělávání).

## 3/4 Návrh kurikula vstupního vzdělávacího kurzu

Vstupní vzdělávací kurz je tvořen pětidenním programem. Tento model týdenního kurzu je dnes standardně používán při existujících výukových kurzech při IVVS. Nutnou organizační podmínkou

je, aby celý kurz probíhal v klidné a mimoměstské lokalitě, kde všichni účastníci budou ubytováni a nebudou odjíždět pryč. To vše je v prostorách IVVS zajištěno na velmi vysoké úrovni.

### 3/4/1 Obecný vstupní vzdělávací modul (rozsah: 24 hodin)

První ze dvou modulů, sestávající ze tří osmihodinových bloků, je zaměřen teoreticky. V rámci 24 hodin výuky není principiálně možné probrat potřebnou látku v celém rozsahu. Proto byla vybrána především tzv. „střešní“ témata, na která by měl v rámci kontinuálního vzdělávání navázat hlubší výklad. Jde tedy o to vytvořit základní bázi znalostí celé oblasti protidrogové politiky, aby následně bylo srozumitelné, kde a proč je místo jednotlivých složek personálu VS.

#### Blok I: 1–8 hodin

Motivovanost pracovníků VS pro další vzdělávání je samozřejmě různá a je se tak třeba na začátku kurzu zaměřit právě na ni. Vyjasnění si představ a očekávání, stojících proti možnostem daným rozsahem kurzu (délka) i technicko-organizačním limitům, je stěžejním tématem prvních dvou hodin. Je nanejvýše nutné věnovat prvnímu set-

kání maximální pozornost, protože laťka, která je nastavena prvním setkáním, půjde s kurzem až do jeho konce a je jen velmi málo příležitostí něco později vylepšit.

Blok je rozdělen na dvouhodinovy (90 minut), proložené 10–20 minutovými přestávkami a jednou větší přestávkou na oběd. První den je začátek posunut až na 11. hodinu, aby nebyl problém s příjezdem pracovníků VS i ze vzdálenějších míst ČR. Samozřejmě, že se adekvátně tomu předpokládá prodloužení programu do večerních hodin, aby byl splněn počet hodin a frekventanti zvládli požadovaný rozsah učiva (přesunem do dalších dnů by došlo k příliš dlouhé teoretické výuce s následkem ztráty kvality – osm hodin denně teoretické výuky není vhodné překročit). Jednotlivá témata jsou specifikována krátkým abstraktem popisujícím náplň lekce.

Blok: 1 (1/2)			
Číslo:	Rozsah:	Název:	Lektor
1/01	2 hodiny	Úvodní seznámení účastníků. Vyřešení organizačních záležitostí, seznámení účastníků s podrobnostmi programu, cíli kurzu, lidmi, kteří jej organizují, atd. Důležitou součástí tvoří konfrontace mezi očekávanými a přáními účastníků a reálnými možnostmi kurzu.	

Přestávka na oběd  
Odpolední program

Blok: 1 (2/2)			
Číslo:	Rozsah:	Název:	Lektor
1/02	2 hodiny	Koncepce protidrogové politiky ČR. Seznámení s Národní strategií protidrogové politiky ČR. Vysvětlení termínu racionální protidrogová politika. Jednotlivé složky VS v kontextu opatření na straně potlačování nabídky. Koordinace strategií a aktivit opatření na straně potlačování nabídky a jejich vztah s opatřeními na straně omezování poptávky. Zodpovědné instituce a orgány veřejné správy podílející se na realizaci protidrogové politiky. Systém řízení a kontroly a jejich vztah k VS.	
1/03	2 hodiny	Základní termíny v oblasti prevence a léčby užívání drog – slovníček. Rozdělení jednotlivých klíčových programů a strategií rozdělených dle 4 pilířů protidrogové politiky ČR. Návaznost programů na sebe a jejich vhodné časování. Přehled studijní literatury.	
1/04	2 hodiny	Bio-psycho-sociální model a jiné modely užívání drog, jejich aplikace v praxi a implikace pro zacházení s teoretickými modely v preventivních a léčebných programech. Doplnění o právní, ekonomický a duchovní rozměr. Užívání drog jako problém mající mnoho rozměrů a vyžadující aplikaci mezioborového přístupu.	

Ve večerních hodinách se na závěr prvního dne doporučuje krátké uzavření prvního bloku spojené s hodnocením prvního dne a případným ujasněním programu. Velmi vhodné je aktivnější zapojení frekventantů do návrhů a připomínek k plánu týdne a případná diskuse o specifických přáních či návrzích samotných účastníků.

Pro hodnocení prvního dne je možné použít v rámci autoevaluace několik způsobů. Doporučujeme jejich vzájemnou kombinaci. Jedná se především o:

a) **Krátkou ústní zpětnou vazbu:** požádáme účastníky, aby sami svými slovy zhodnotili první den, svoje postřehy, úvahy atd. Důležité je umět s takovými podněty pracovat a jakoukoli rodici se diskusi adekvátně facilitovat. V našem prostředí není zcela obvyklé umět sofistikovaně kritizovat, ještě k tomu ústně a přímo přede všemi. Je proto třeba účastníkům pomoci a podpořit je. Počítat přitom musíme i s variantou, že se objeví buďto jednoznačně pozitivní kritika, bez jakýchkoli výhrad. Pak je třeba takovouto situaci obrátit a využít – nic není dokonalé a pokud byli frekventanti se vším bezvýhradně spokojeni, není pravděpodobně v komunikaci něco v pořádku. V takovém případě je třeba se pokusit nalézt prostřednictvím diskuse odpověď na to, co je v nepořádku. Nejsou schopni ventilovat nespokojenost,

proč? Jsou tak velmi unavení? Nemají chuť diskutovat, proč? Nejsou zvyklí na otevřenou kritiku? Pak je třeba je k tomu stimulovat a motivovat atd. Stejně tak se je třeba připravit na možnost, že se objeví pouze negativní, velmi ostrá kritika. Ta většinou bývá známkou nezvládnuté první dvouhodinovky (viz) a měla by nás upozornit na to, že zřejmě není uzavřeno téma vzájemného kontraktu a že je třeba mu věnovat znovu pozornost. Významná je schopnost lektora zacházet s takovouto kritikou, udržet hranice a současně kritizující neurážet.

b) Dát frekventantům dostatečný prostor pro dotazy, připomínky a náměty. Často na základě dotazů zjišťujeme, kde jsme látku podcenili, resp. kde jsme nebyli při výkladu srozumitelní nebo kde by se býval hodil praktický příklad. Doporučujeme tyto závěrečné dotazy zapisovat a průběžně se k nim vracet.

c) Krátký anketní dotazník můžeme sestavit na základě našich potřeb a zaměření kurzu. Jeden z příkladů nalezneme v příloze č. 4. Důležité při použití je umět vzešlých podnětů využít a do kurzu je při dalším setkání vhodně vtáhnout zpět.

## Blok II: 9–16 hodin

V průběhu druhého bloku je třeba upevnit a posílit základní znalosti získané z prvního setkání. Mezi ně řadíme především vyšší nároky na odbornost v oblasti výroby, držení a distribuce OPL

a tedy vytvoření určitého tlaku na frekventanty v oblasti samostudia, zejména formou četby doporučené literatury a doporučených praxí a stáží (viz IV. a V. blok). Dále je třeba cíleně rozvíjet schopnost školitelů VS vstupovat do diskuse s lektorem a jasně se ptát. Rozvíjet kritičnost postoje školitelů a jejich schopnost o problému diskutovat je jedním ze základních cílů celého kurzu. Nenaučí-li se o návykových látkách kriticky uvažovat a ptát se na nesrozumitelné věci, s nimiž vnitřně nesouhlasí – nebudou schopni erudovaně pracovat ani s dalšími pracovníky VS, které mají dále vzdělávat. Do problému návykových látek si tak budou nereflektovaným způsobem promítat své osobní postoje a společenská klíše. **Nebude-li školitel (trenér) schopen o drogách a jejich účincích (či rizicích) diskutovat a přemýšlet, nebude schopen být efektivním prvkem vzdělá-**

**vacího systému uvnitř VS a nebude dostatečně přesvědčivý ani pro své kolegy,** které má sám dále vzdělávat ve věznici, kde působí.

Hlavním cílem bloku je seznámit frekventanty s definicemi různých skupin uživatelů drog, objasnit důvody a způsob rozdělení drogové scény a naučit je používat získané znalosti prvního bloku (zejména aplikaci bio-psycho-sociálního modelu) do perspektivy pohledu na užívání drog a drogovou scénu jako součást současné společnosti. Důraz je přitom kladen na zvládnutí zacházení s novými termíny a umění odlišit nebezpečnost různých skupin uživatelů.

Dále je třeba ve druhém dni zvládnout téma vzniku závislosti a rizikových faktorů vedoucích ke vzniku závislosti.

Blok: 2 (1/2)			
Číslo:	Rozsah:	Název:	Lektor
2/01	2 hodiny	Krátké seznámení s plánem dne a lektory. Úvod do klasifikace skupin uživatelů drog, včetně odkazů na literaturu. Praktické důsledky užívání klasifikace uživatelů drog a její použití v praxi. Propojení klasifikace uživatelů drog, čtyř základních úrovní pilířů protidrogové politiky státu a systému získávání údajů o těchto úrovních (rovina výzkumných údajů), včetně odkazů na literaturu.	
2/02	2 hodiny	Základní systém získávání výzkumných údajů o užívání drog, vysvětlení obecných principů získávání a zacházení s těmito daty a jejich významu pro represí, prevenci a léčbu. Úvodní seznámení se základními sběrnými systémy výzkumných údajů a odkaz na literaturu. Racionální přístup k návykovým látkám znamená používání vědeckých dat a jejich aplikaci do praxe protidrogových opatření bez rozdílu, zda se jedná o represí, prevenci nebo léčbu.	

Přestávka na oběd

Odpolední blok

Blok: 2 (2/2)			
Číslo:	Rozsah:	Název:	Lektor
2/03	2 hodiny	Příčiny vzniku závislosti. Výklad nejnámějších příčin vzniku závislosti na pozadí již osvojeného bio-psycho-sociálního modelu. Sociální a biologické faktory podílející se na vzniku závislosti na drogách (medicínská a sociální perspektiva) = užívání drog jako nemoc, či jako odchylka v sociálním chování a projevech. Diskuse.	
2/04	2 hodiny	Úvod do vývojové psychologie, psychologie dítěte, psychologie rodiny. Psychologické faktory podílející se na vzniku závislosti. Závislost z psychologické perspektivy. Užívání drog nemusí nutně vést k závislosti – diskuse.	

Ve večerních hodinách (po delší přestávce na večeři a odpočinek) navazuje na program opět krátká reflexe celého dne, hodnocení druhého bloku (podobně jako jsme provedli hodnocení prvního dne). Navíc proti prvnímu dni jsou do programu zařazeny relaxace. Důležité při večerním programu je dosáhnout nenásilnou formou diskuse nad proběhlým dnem a věnovat se případným nejasnostem apod.

### Blok III: 17–24 hodin

Třetím blokem kurzu se uzavírá hlavní vstupní teoretická část celého kurzu. Důraz je v této části kladen především na tři témata. První tvoří moderní poznatky o účincích a rizicích spojených s užíváním jednotlivých skupin drog a přehled relevantní dostupné literatury. Druhým velkým

okruhem je přehled opatření na straně potlačování poptávky, tedy témata prevence, léčby, sociální reintegrace a nízkoprahové programy. Poslední, třetí okruh tvoří téma komunikace a kontakt se závislími. Tj. praktický přehled hlavních úskalí kontaktu se závislími jedinci, rizika, základní bezpečnostní doporučení atd.

Pro téma komunikace se závislími je vhodné pozvat zkušeného psychologa či lékaře z praxe, který bude schopen vyložit látku stručně a srozumitelně, spolu s praktickými příklady a ukázkami, např. jak zamezit napadení personálu, jak poznat abstinenci příznaky, jak reagovat v různých standardních situacích, čemu se vyhnout atd. Tato část je dále rozvíjena další den na praxi.

Blok: 3 (1/2)			
Číslo:	Rozsah:	Název:	Lektor
3/01	2 hodiny	Aktualizovaný přehled literatury k nejnovějším poznatkům o dopadech a účincích drog. Aplikace těchto poznatků. Opatření na straně omezování poptávky – přehled opatření a jejich rozdělení. Agrese jako fenomén spojený s účinkem či dlouhodobým dopadem užívání některých typů drog. Jak zvládat agresi a jak předcházet agresivnímu jednání.	
3/02	2 hodiny	Úvod do systému primární, sekundární a terciární prevence. Systém poskytovatelů v oblasti primární a sekundární prevence. Návaznosti, koordinace, typy služeb, zastoupení různých provozovatelů (státních a nestátních) atd. Seznámení se systémem nízkoprahových služeb a substitučních programů. Systém léčby a sociální reintegrace. Odkaz na literaturu a další zdroje.	

Přestávka na oběd  
Odpolední program

Blok: 3 (2/2)			
Číslo:	Rozsah:	Název:	Lektor
3/03	2 hodiny	Drogová scéna v ZVV. Specifika této drogové scény a odlišnosti proti drogové scéně mimo tato zařízení. V čem spočívá rizikovitost věznic ve vztahu k užívání drog? Které faktory zvyšují rizikovitost chování uživatelů drog ve vazbě a výkonu trestu?	
3/04	2 hodiny	Postpenitenciárně-psychologické aspekty zacházení s uživateli drog ve vězení. Jak s nimi komunikovat? Na co je potřeba dát pozor? Jak minimalizovat zdravotní rizika (nakažlivé onemocnění, poranění infekčním materiálem atd.)? Jak se projeví abstinenci příznaky? Jak na ně reagovat a čemu se vyhnout a co naopak neopominout atd. Aplikace těchto zásad do podmínek vazby a výkonu trestu.	

Večerní program by měl být třetí den volný, tj. bez strukturovaného programu. Účastníci by měli mít co nejvíce času pro sebe. Doporučit je možné společenský večer apod. Třetí den bývá kritický v únavě a podrážděnosti. Lze očekávat určitou nevoli vůči náročnému programu. Přestože jsou frekventanty pracovníci VS zvyklí na režim a pra-

vidla, bude pro ně program náročný především tím, že je bude nutit ke kritickému myšlení místo obvyklého uplatnění principu autority. To může u některých vést ke zvýšené podrážděnosti a pasivní agresivitě. Je třeba, aby realizační tým byl dostatečně zkušený a dokázal s těmito fenomény adekvátně pracovat.

### 3/4/2 Praktická část vstupního vzdělávacího kurzu

#### Blok IV: 25–34 hodin

Důraz je ve čtvrtém výukovém bloku kladen na praktickou přípravu frekventantů a jejich schopnost předávat praktické a užitečné informace dalším pracovníkům VS. Součástí bloku je studijní návštěva na vybraných pracovištích. Tato studijní návštěva je zaměřena na tzv. programy následné péče a substituční programy. Jako ideální se z tohoto hlediska jeví spojený studijní pobyt zahrnující seznámení s klasickou

formou ambulantních doléčovacích programů a substitučních programů (technicky je proto nutné studijní návštěvu provést nejlépe v doléčovacím centru, kam přijdou i pracovníci substitučních programů). Zde by školitelé měli být seznámeni se způsobem práce s uživateli drog a měli by možnost učinit si z přímé zkušenosti představu o možných hranicích či mezích případné spolupráce (to je také jedno z hlavních témat studijního dne).

Blok: 4		Název:	Lektor
Číslo:	Rozsah:		
4/01	6 hodin	<p>Studijní návštěva v zařízení:</p> <p>a) 3 hodiny programy následné péče: filozofie a styl práce, úskalí, kontakt s věznicemi a problémy z toho plynoucí. Jak lépe spolupracovat (lze vůbec spolupracovat? Pokud ano, jak a s jakými omezeními a proč). NNO a co všechno uživatelům drog nabízí.</p> <p>b) 3 hodiny substituční program: filozofie a styl práce, substituční programy – výhody a nevýhody. Výsledky studií a hodnocení substituce. Jaká máme další řešení heroiové (či obecně opiátové) závislosti? Trestná činnost uživatelů drog a řešení jejich důsledků při současném zapojení do léčebného programu atd.</p>	
4/02	2 hodiny	<p>Trestná činnost uživatelů drog a její širší konsekvence:</p> <p>a) primární drogová kriminalita (výroba, držení a distribuce OPL),</p> <p>b) sekundární drogová kriminalita (v důsledku závislosti na droze),</p> <p>c) terciární drogová kriminalita (uživatelé drog jako oběti trestné činnosti jiných osob),</p> <p>d) nesouvisející trestná činnost (premorbidně kriminální kariéra).</p> <p>Lecke je pojata jako panelová diskuse, kdy lektor předestře základní rámec, v němž se bude diskuse odehrávat, včetně krátké prezentace přehledu známých údajů o této oblasti, a následně pouze facilituje panelovou diskusi. Cílem lecke je objasnit složitost vztahů trestné činnosti uživatelů drog s jednotlivými faktory majícími na ni vliv.</p>	

Na závěr dne se opět předpokládá dvouhodinové neformální setkání účastníků, na kterém je zhodnocen celý den, diskutuje se nad nejasnostmi atd. Opět je doporučeno proložit krátkou relaxací či komunikační technikou, pomáhající ventilování napětí a energie.

### Blok V: 35–40 hodin

Poslední blok týdenního setkání je věnován dvěma hlavními tématům. Prvním je právo. Účastníci si v tomto bloku propojují své dosavadní znalosti s praktickými ukázkami. Tento právní blok je rozdělen do několika tématických okruhů:

- Trestné činy spojené s výrobou, držením a distribucí OPL: kauzy, praktické důsledky pro vazbu a výkon trestu, aktuální problémy.
- Trestné činy spojené se závislostí na drogách: praktické právní důsledky (důkazní řízení atd.).
- Trestné činy páchané na uživatelích drog (kteří se v důsledku své závislosti stávají obětí trestné činnosti jiných osob).

- Spolupráce pracovníka VS s vnějšími programy zdravotních a sociálních služeb a spolupráce s NNO podílejícími se na realizaci programů uvnitř věznic.

Samostatnou navazující část tvoří téma probační a mediační služby (dále též PMS). Diskutován může být příklad rakouského modelu „léčba místo trestu“ apod.

Poslední dvě hodiny kurzu jsou věnovány jeho celkovému hodnocení, zpětným vazbám frekventantů atd. Významnou součástí tvoří dotazníkové hodnocení a zjišťování uspokojení zájmu a očekávání účastníků, identifikace slabších míst kurzu, návrhů na zlepšení atd. Součástí by mělo být také slavnostní předání osvědčení (případně certifikátů) spolu s informacemi a doporučeními pro další vzdělávání frekventantů atd.

Blok: 5			
Číslo:	Rozsah:	Název:	Lektor
5/01	3 hodiny	Trestné činy spojené s výrobou, držením a distribucí OPL: kauzy, praktické důsledky pro praxi vazby a výkonu trestu, aktuální problémy. Trestné činy spojené s užíváním drog: praktické právní důsledky (důkazní řízení atd.). Spolupráce pracovníka VS s vnějšími programy zdravotních a sociálních služeb a spolupráce s NNO podílejícími se na realizaci programů uvnitř věznic.	
5/02	1 hodina	Probační a mediační služba: filozofie a styl práce. Technické zvládnutí a provádění probační a mediační služby v ČR. První výsledky a zkušenosti. Problematika odklonu trestního řízení. Spolupráce se soudy a problematika soudně nařízených léčeb.	
5/03	2 hodiny	Hodnocení kurzu, evaluační dotazníky, zpětné vazby. Slavnostní předání certifikátů a ukončení kurzu.	

## 3/5 Personální požadavky na realizaci kurzu

Každý vzdělávací kurz má svá specifika projevující se v požadavcích na personální, technickou a organizační stránku. Přestože IVVS patří mezi kvalitně vybavené vzdělávací instituce s dobrým technickým i personálním zázemím, je třeba uve- dené požadavky zakotvit a přihlédnout k nim při spouštění celého programu.

### Odborný garant kurzu

Odborným garantem kurzu by měl být vysokoškolsky vzdělaný odborník (psychologie, psychi-

atrie, speciální pedagogika či pedagogika), mající min. 5 let praxe a zkušeností s prací v rámci VS a nejlépe současně v oblasti prevence či léčby drogových závislostí. K této praxi by měl doložit též zkušenosti s pedagogickou (výukovou) činností. Vzhledem k tomu, že v ČR není adiktologie (obor prevence a léčby drogových závislostí) zakotvena prozatím jako samostatný obor (na rozdíl od některých jiných evropských zemí), není možné za adekvátní vzdělávání považovat pouze teoretické vzdělávání ve výše jmenovaných obo-



rech. Jinými slovy, není možné, aby kurz zaštiťoval jako odborný garant jakýkoli vzdělaný odborník v jiném oboru (např. docent v některém z oborů psychologie či pedagogiky apod.), pokud nemůže současně ke svému dosaženému vzdělávání doložit požadovanou praxi v oboru adiktologie. Odborný garant je přímo odpovědný za odbornou úroveň, náplň a realizaci kurzu, přestože jeho organizační část je zajištěna prostřednictvím IVVS.

#### Lektor

Lektorem může být v kurzu každý takový profesionál v oboru, který splňuje kritéria pro výkon své profese či požadavky stanovené poskytovateli finančních prostředků na určitý typ služeb (prevence, léčba atd.). Kritériem je přitom délka a rozmanitost praxe a pedagogické schopnosti. Tato kritéria posuzuje odborný garant kurzu (viz), který je za výběr lektorů a jejich úroveň a kvalitu přímo zodpovědný. Výběr lektorů by měl být v závěrečné zprávě o průběhu kurzu zdůvodněn a podložen.

#### Zkušební komisař

Zkušebním komisařem může být kterýkoli z lektorů, který je vybrán odborným garantem kurzu a jeho výběr je zdůvodněn v závěrečné zprávě. Zkušební komise je minimálně tříčlenná, přičemž předsedou komise je vždy (nezastupitelně) odborný garant kurzu.

#### Školitel

Školitelem je pro potřeby tohoto materiálu míněn zodpovědný pracovník, který se podílí na vzdělá-

vání frekventantů v průběhu stáží a praxí a je pro tuto práci prostřednictvím svého zaměstnavatele kontraktován. Vypracovává krátké hodnocení stáže (či praxe), které slouží jako doklad pro závěrečnou zkoušku.

#### Supervisor kurzu

Supervisorem kurzu se pro potřeby tohoto materiálu míní takový pracovník, který splňuje požadavky min. 7leté praxe v oboru adiktologie (bez rozlišení, zda se jedná o specifické preventivní programy, léčbu atd.) a dále prokazatelnou (a nezpochybnitelnou) min. 3letou pedagogickou praxí (nejlépe doložitelnou např. pracovní smlouvou s fakultou či jinou adekvátní vzdělávací institucí). Vhodná je praxe v hodnocení výukových programů, evaluační či oponentské činnosti.

#### Evaluátor

Osoba kompetentní a pověřená k provádění evaluace mající s touto činností zkušenosti.

#### Autoevaluace

Je proces evaluace prostřednictvím osob realizujících evaluovaný program (ať se již jedná o lektory, garanta, frekventanty či organizátory). Někdy se je možné setkat s označením interní evaluace.

#### Externí evaluace

Je proces evaluace zajištěný externím pracovníkem nemajícím žádné přímé napojení na kurz (nepodílí se na něm) či osoby realizující kurz (není v pracovněprávním vztahu s organizací a lidmi provádějícími kurz).

## 3/6 Evaluace vzdělávacího kurzu

Návrh vzdělávacího kurzu předpokládá realizaci několikastupňové evaluace, díky které by mělo být dosaženo vysoké odborné úrovně celého vzdělávacího systému školitelů pracovníků VS. Současně s tím by měla být zajištěna dostatečná úroveň kontinuální kontroly kvality a efektivity vzdělávání a samozřejmě také zajištěn další rozvoj a zlepšování kvality.

### Evaluace plánování (přípravy)

První základní oblastí evaluací je evaluace plánování (přípravy). Ta bude zajištěna dvojitou formou

externí evaluace. **První** z nich je proces akreditací a licencí, který je třeba připravit v případě, že by GRVS plánovalo umožnění vstupu mimoresortních vzdělávacích institucí (to se však vzhledem ke kapacitě IVVS nepředpokládá). **Druhou** formou externí evaluace plánování je předložení přesně specifikovaného plánu konkrétního kurzu naplánovaného v konkrétní dobu a s vybranými lektory. Předkladatelem tohoto materiálu by měl být realizátor a odborný garant kurzu (viz) a posuzovatelem v tomto případě je supervisor. Ten by měl potvrdit svůj souhlas a případně před-

ložit své připomínky a náměty k navrženému konkrétnímu způsobu realizace. Nejedná se však o normativní typ evaluace, ale o formativní typ evaluace, což ve svém důsledku znamená, že supervizor pouze doporučuje a navrhuje, nikoli nařizuje a rozhoduje. Jeho doporučeními se odborný garant může a nemusí řídit, neboť konečnou zodpovědnost za kurz nese supervizor, ale právě odborný garant.

### Evaluace procesu

Evaluaci procesu v tomto kontextu rozumíme především **formativní typ vnitřních evaluací** průběhu vzdělávacího programu. Jejich cílem je zlepšovat a zdokonalovat provádění vzdělávání a hledat případné nedostatky a navrhnout způsoby jejich řešení. Samozřejmě, že lze tento typ evaluací provádět také formou **externí normativní evaluace procesu**. Ta ovšem předpokládá existenci specifického inspekčního procesu, kterým by vnější evaluátor (ideálně mimo IVVS a resortní instituce) kontroloval kurz a sledoval kvalitu jeho provádění. Toto řešení je však velmi finančně náročné a nejeví se tak vzhledem k rozsahu a kapacitě kurzu jako adekvátní.

Pro provádění **formativního typu vnitřních evaluací** disponujeme několika nástroji. Předně se jedná o práci supervizora programu, který by měl dohlédnout na jeho průběh a naplnění plánu, jenž byl schválen. Kromě práce supervizora je nejdůležitější součástí tohoto typu evaluace práce přímo s frekventanty kurzu. Zde disponujeme několika základními možnostmi a nástroji:

- a) **Krátká ústní zpětná vazba** (požádáme účastníky, aby sami svými slovy zhodnotili průběh lekce či celého dne, vyslovili nahlas svoje postřehy, úvahy atd. Důležité je umět pracovat s takovými podněty a jakoukoli rodící se diskusi adekvátně facilitovat. V našem prostředí není zcela obvyklé umět sofistikovaně podávat svoji kritiku, ještě k tomu ústně a přímo přede všemi. Je proto třeba účastníkům pomoci a podpořit je. Počítat přitom musíme i s variantou, že se může objevit jednoznačně pozitivní kritika bez jakýchkoli výhrad a je třeba umět takovouto situaci obrátit a využít – nic není dokonalé, a pokud byli frekventanti se vším bezvýhradně spokojeni, není něco v komunikaci pořádku. V takovém případě je třeba se pokusit

prostřednictvím diskuse nalézt odpověď na to, co je v nepořádku (nejsou schopni ventilovat nespokojenost – proč?, jsou tak velmi unavení?, nemají chuť diskutovat – proč?, nejsou zvyklí na otevřenou kritiku? – pak je třeba je k tomu stimulovat a motivovat atd.).

- b) Dát frekventantům dostatečný prostor pro **dotazy, připomínky a náměty**. Často na základě dotazů zjišťujeme, kde jsme látku podcenili, resp. kde jsme nebyli při výkladu srozumitelní nebo kde by se býval hodil praktický příklad. Doporučujeme tyto závěrečné dotazy zapisovat a průběžně se k nim vracet.
- c) **Krátký anketní evaluační dotazník**. Ten můžeme sestavit na základě našich potřeb a zaměření kurzu. Jeho použití může být anonymní (které se osvědčilo nejvíce), ale také nemusí (to však vyžaduje poměrně velmi dobrý kontakt s frekventanty a vysoký stupeň vzájemné důvěry). Dva příklady dotazníku jsou obsaženy v příloze č. 4 (pro první blok) a v příloze č. 5 (pro následující bloky). Analogicky s tímto návrhem lze vytvářet hodnotící nástroje pro další bloky kurzu. Evaluován by měl být každý blok kurzu. Důležité při jejich použití je umět podnětů využít a do kurzu je při dalším setkání vhodně vtáhnout zpět.
- d) Příklad dotazníkového hodnocení jednotlivých lektorů kurzu je v příloze č. 6.

Materiál z těchto hodnocení může být osobně velmi citlivý a je třeba s výsledky zacházet adekvátním způsobem, což znamená vhodně ošetřit použití výsledků jak pro frekventanty, tak také jako vhodného způsobu doplnění hodnocení kvality práce lektorů. Připomínáme však, že se jedná o formativní typ evaluace a že by hodnocení lektorů nemělo být přímo podřízeno výsledkům hodnocení, neboť by to šlo proti filozofii formativního typu evaluaci.

### Evaluace výsledků vzdělávacího kurzu

V žádném případě není nutné, aby bylo užito všech evaluačních nástrojů. Je třeba, aby odborný garant dokázal vybrat ty, které považuje za potřebné, a uměl je **adekvátně použít**. Samozřejmě, že opět i v této oblasti by bylo žádoucí dosáhnout stavu, kdy by byla prováděna také externí evaluace výsledků, a to formou inspekčního šetření kontrolního evaluátora. To je prozatím příliš vysoký požadavek, o kterém lze uvažovat až

v případě kvalitního zvládnutí všech základních nástrojů a kroků evaluace. *Evaluaci výsledků* vzdělávacího kurzu můžeme opět rozdělit do několika kategorií:

- a) Za nadstandard lze považovat zpětné ověření úrovně nových poznatků z kurzu formou **vědomostního dotazníku** aplikovaného při následném setkání (tj. vždy na začátku nového bloku). Tento postup je však časově náročný a lze předpokládat, že jeho efekt by byl spíše v rovině stresu eventuálně bojkotu ze strany frekventantů, nežli v rovině zlepšení přípravy a studie.
- b) **Závěrečná práce** by měla být hodnocena podle jasných a předem daných kritérií. Výsledek jejího hodnocení by měl tvořit součást hodnocení frekventanta a spolupodílet se taky na rozhodnutí zkušební komise o udělení či neudělení osvědčení (resp. certifikátu). Zařazení tohoto nástroje však vyžaduje dobrou přípravu a ta je časově velmi náročná vzhledem k obsazení a intenzitě programu.
- c) **Hodnocení průběhu praxe a stáže.**
- d) **Závěrečný vědomostní test** slouží k ověření úrovně získaných poznatků a schopnosti tyto poznatky adekvátně používat. Jeho zařazení je však spojeno s úskalími v oblasti dopadů výsledku takového testu, tj. způsobu, jakým se výsledek promítne do udělení/neudělení certifikátu a ovlivní např. osobní ohodnocení atd. Tyto konsekvence nelze v rámci materiálu dostatečně propracovat a je nutné jim věnovat další pozornost.
- e) **Ústní závěrečná zkouška** může být alternativou k vědomostnímu testu, stejně tak jako může být pouze jeho doplňkem. Může být vedena formou rozpravy nad závěrečnou prací, představami frekventanta o jeho práci v oblasti vzdělávání v pozici krajského policejního metodika apod.
- f) **Externí evaluace** výsledků formou inspekčního šetření jako součásti kontroly kvality a efektivity vzdělávacích programů. Zajištěno prostřednictvím garanta akreditačního (licenčního) procesu.

Systém vzdělávání personálu VS zajišťovaný prostřednictvím IVVS má charakter ucelenosti a kontinuitnosti. Jeho určitou nevýhodou však je, že díky svému historickému vývoji je tento systém přece jen stále do jisté míry uzavřený. Hlavní doporučení týkající se navrženého programu tak spočívá především v dalším rozvíjení spolupráce s institucemi mimo VS. Jedná se jak o oblast státních a nestátních organizací v oblasti prevence a léčby drogových závislostí, tak o instituce v oblasti vzdělávání. V prvním případě lze od

takové spolupráce očekávat jednak metodickou pomoc v dílčích oblastech a jednak možnosti stáží a praxí, které by v rámci kontinuálního vzdělávání školitelů měly hrát velmi významnou roli. Ve druhém případě lze pro IVVS zajistit např. výměnu lektorů či výměnu zkušeností a poznatků. Oblast prevence a léčby drogových závislostí patří mezi velmi dynamicky se rozvíjející obory a bez rychlé a efektivní výměny informací a zkušeností si nelze v současnosti ani v budoucnosti představit žádný kvalitní vzdělávací systém.



# 4 NÁVRH STANDARDŮ PRO LÉČEBNÉ PROGRAMY VE VĚZNICÍCH

Aleš Kuda

## Abstrakt

Kapitola se zabývá analýzou současné praxe léčebných programů v podmínkách výkonu trestu odnětí svobody a jejich možnou integrací do systému péče o uživatele drog v ČR. Cílem práce je, na základě provedené analýzy současného stavu, vypracovat komentovaný návrh standardů těchto léčebných programů tak, aby byla zajištěna kompatibilita s ostatními typy služeb v systému. Návrh tak má umožnit pilotní ověření možnosti sdílet jednotný rámec standardů léčebných programů pro uživatele drog vytvořený mimo VS. Jako výchozí materiál byla použita 6. revidovaná verze standardů

odborné způsobilosti, které v návaznosti doplňují tzv. minimální standardy kvality drogových programů, vydané Ministerstvem zdravotnictví ČR. Autor přitom vychází ze standardů určených pro terapeutické komunity. V textu jsou diskutovány limity léčebných programů v rámci výkonu trestu odnětí svobody v porovnání s programy na svobodě. Závěrem jsou formulována doporučení, jež by měla přispět k procesu integrace těchto specifických programů do celkového systému péče o uživatele drog v ČR a k budoucímu lepšímu zajištění kontinuity péče především z hlediska následné péče.

**Klíčová slova:** uživatelé drog – standardy – kvalita léčebné péče – návaznost a systém služeb.

## 4 / 1 Vztah mezi stupněm výkonu trestu a závislostí

Vycházíme-li z bio-psycho-sociálního modelu závislostního užívání nelegálních drog, respektive příčin tohoto chování, pak můžeme na stejném modelu hledat i jeho důsledky. Znamená to, že dlouhodobé užívání drog má vliv nejen na fyzické zdraví jedince, ale také na jeho psychiku a nejviditelněji na jeho sociální fungování. Právě zhoršování sociální situace je nejvíce transparentní. A to jak pro okolí uživatele drog, u kterého se např. rozvinula závislost, tak i pro něj samotného. Propad v sociálním fungování však není zpravidla důvodem k upuštění od užívání drog, ale naopak jakýmsi hnacím motorem pro další prohlubování závislosti. Závislý člověk si částečně uvědomuje důsledky svého života na drogách a jedinou možností jak redukovat nepříjemné pocity s tím spojené je další užívání návykových látek. To však jen prohlubuje sociální propad. Uživatel postupně ztrácí kontakt s „normálním světem“. Sociální vazby jsou postupně přetrhávány.

Užívání nelegálních návykových látek a závislost na nich jsou mj. úzce spjaty s pácháním trestné činnosti. Výskyt primární, sekundární i terciární drogové trestné činnosti je mezi uživateli nelegálních návykových látek v pokročilejším stadiu závislosti velmi vysoký. Je důležité si přitom uvědomit, že užívání nelegálních návykových látek

přivádí každého uživatele do světa mimo zákon. Je jedno, zda jde o experimentování, či pravidelné užívání v důsledku závislosti. Drogou není možné opatřit jinak než ilegální cestou. To může mít velký vliv na postupnou proměnu hodnot jedince. Jestliže se pohybuji v tomto „ilegálním světě“, po určité době jej přejímám jako normu. Trestná činnost se po čase stává jediným zdrojem příjmů, které závislý uživatel potřebuje na nákup nelegálních drog (sekundární kriminalita). Postupující závislost na látce a tím rostoucí potřebná dávka (především u opioidů) neumožňuje uživateli až na výjimky získávat finanční prostředky legální cestou. Komunita uživatelů drog je tedy velmi zajímavá také pro organizovaný zločin. Uživatelé drog jsou často využíváni k distribuci drog a páchání různé trestné činnosti (terciární kriminalita). V podstatě je velmi nepravděpodobné, aby dlouhodobější uživatel drog nepřišel do kontaktu s nějakým typem trestné činnosti (ať už jako přímý účastník, či očitý svědek).

Nejedná se ale jen o páchání trestné činnosti, ale také o ztrátu kontaktů se svojí rodinou, partnery, přáteli, atd. Závislý uživatel drog ztrácí pravidelné zaměstnání (pokud je měl), popřípadě je vyloučen ze školy. Sociální propad se prohlubuje. Důsledky této situace mohou být hybným motorem ke

změně, ale také mohou naopak upevňovat závislost (užívání drog). Jedním z velmi hmatatelných důsledků závislosti je také trest odnětí svobody.

### Motivace ke změně

Klíčovým faktorem ovlivňujícím léčbu závislosti na droze je motivace. Obecně se mluví o motivovanosti k léčbě. Léčebné programy deklarují, že vstup do nich je dobrovolný. Dobrovolnost je však v tomto ohledu víceméně zavádějícím termínem. Můžeme říci, že každý závislý vstupující do procesu léčby je k tomuto kroku v podstatě donucen tímoh důsledků své závislosti. Velmi inspirující je pro pochopení vývoje motivace pojetí procesu změny jako cyklu v tzv. kruhovém modelu změny. Tento model rozlišuje šest fází:

- 1) *Prekontemplace*: stav, kdy uživatel drogy není ochoten přijmout důsledky svého chování (např. závislosti) přesto, že jeho okolí mu předkládá evidentní důkazy těchto důsledků.
- 2) *Kontemplace*: uživatel drogy si začíná uvědomovat důsledky své závislosti. Začíná zvažovat možnou změnu. Často je však toto zvažování velmi ambivalentní.
- 3) *Rozhodnutí*: tato fáze musí vždy následovat. Toto rozhodnutí může jít pouze dvěma směry: závislý se rozhodne pro další užívání a proces změny opouští předčasně, nebo se rozhodne o změnu se pokusit.
- 4) *Aktivní změna*: závislý podniká aktivní kroky ke změně. Nastupuje do léčebného programu ambulantního či rezidenčního typu, popřípadě se pokouší o abstinenci samostatně. Tento pokus může být zakončen úspěšným dokončením léčby, či předčasným odchodem z léčebného programu a návratem k původnímu způsobu užívání.
- 5) *Podpora navozených změn*: jedinec ukončil léčbu a nyní se navrácí do podmínek normálního života, kdy jde o převedení nových vzorců chování, které si v léčbě osvojil, do podmínek normálního života. Sem spadá následná péče či doléčování.
- 6) *Relaps*: situace, kdy jedinec opětovně užije návykovou látku (jednorázově či opakovaně). Je celkem přirozenou událostí v procesu uzdravy ze závislosti a nemusí vždy znamenat návrat k původnímu závislému chování.

Již byla zmíněna pochybnost o dobrovolnosti vstupu do léčby závislosti. Motivace, se kterou uživatel

drog vstupuje do léčebného programu, je často diametrálně rozdílná od té, jež jej udrží v programu a vede k jeho úspěšnému absolvování.

Odnětí svobody je velmi pádným důvodem ke změně. Závislý je tvrdě konfrontován s důsledky svého dosavadního chování. Logicky tak vyplývá, že by tato konfrontace měla přispět k upevnění **motivace ke změně** směrem k abstinenci. Ne vždy to však platí. Motivace, stejně jako jakákoliv intervence u závislých, potřebuje dobré **načasování** (timing). Tzn. připravenost jedince na určitou změnu. Trest odnětí svobody však do celého procesu přichází násilně a samozřejmě bez ohledu na vývoj motivace a postojů daného jedince. Odnětí svobody je v počátku, viděno optikou odsouzeného, vždy trestem a ne příležitostí uvědomit si důsledky svého chování. Tento fakt je velmi významný pro plánování intervencí léčebného programu v rámci věznic. Lze očekávat velmi výrazné odlišnosti v motivaci závislých od léčby na svobodě. Práce s motivací (především motivační trénink) by měla být jednou ze základních intervencí v léčebném programu. Léčebné programy na svobodě jsou prezentovány jako dobrovolné (co se týče nástupu a odchodu z léčby). Tato dobrovolnost je však relativní. Každý závislý nastupuje do léčebného programu pod tlakem důsledků svého chování. Svoboda tohoto rozhodnutí se může zdát jako velmi diskutabilní. Motivace, se kterou program dokončí, je v mnoha případech rozdílná od té při nástupu. Klinická praxe a výzkum ukazují jako klíčové období pro setrvání v léčbě období prvních čtyř týdnů až 1/3 celkové délky programu. Po tomto období roste pravděpodobnost, že závislý absolvuje program v celé délce. Důležité však je, aby program v závislém facilitoval změny, které jsou nezbytné pro proces uzdravy ze závislosti. Nejde tedy jen o samotný čas strávený v programu, ale především o dopad jeho intervencí na závislého jedince.

V poněkud jiné situaci jsou programy v rámci výkonu trestu. Tyto programy nabízejí odsouzeným jisté výhody, jako je například relativně větší volnost, kvalitnější ubytování, pestřejší denní režim, atd.<sup>1</sup> Je velmi pravděpodobné (a svědčí o tom i zkušenosti pracovníků v těchto programech), že právě tyto výhody budou na počátku hlavním motivačním faktorem pro vstup do těchto léčebných programů. Fakt jistě atraktivnosti

<sup>1</sup> Dle dokumentace a sdělení pracovníků těchto léčebných programů.

léčebného programu (ve smyslu výhod) může být velkou příležitostí pro práci na upevnování motivace ke změně závislého chování. Poskytuje však pouze prostor pro práci s touto motivací. Lze předpokládat, že zde bude větší procento těch, kteří kromě zmíněných výhod od programu nic jiného neočekávají. To však nemusí zákonitě znamenat nemožnost práce na motivaci ke změně. Je však jasné, že intenzivní práce na motivaci je v těchto programech zásadním faktorem ovlivňujícím výsledky. Toto samozřejmě platí obecně pro všechny léčebné programy, ale v podmínkách výkonu trestu dostává ještě zásadnější rozměr.

Komplikovanějším případem jsou soudně nařízené léčby. Zde v podstatě dobrovolnost rozhodnutí pro změnu takřka mizí. Motivace u těchto osob může být velmi vágní. Lze usuzovat, že nařízenou léčbu vnímají jako další trest k odnětí svobody. V těchto případech bude práce s motivací daleko náročnější. V současné době je v naší republice celkem sedm specializovaných programů pro léčbu závislosti v rámci výkonu trestu.<sup>2</sup> Z toho jsou dva (Rýnovice a Opava) definovány jako „Specializované oddělení pro výkon ochranného léčení protitoxikomanického“ (EMCDDA, 2002). Právě pracovníci těchto dvou zmíněných programů uvádějí rizika jakéhosi „formálního“ umístění odsouzených s nařízenou ochrannou léčbou, kdy se často stává nařízená léčba jediným indikátorem pro zařazení do programu. Není možné pak zachovat standardní kritéria pro přijetí do programu a zvyšuje se riziko nedostatečné (či nulové) motivace k aktivní účasti v léčebném programu. Za těchto podmínek je velmi náročné (a někdy i nereálné) udržet ze strany personálu kvalitní léčebné prostředí, které může faci-

litovat závislé ke změně. To se může výrazně negativně promítnout do efektivity programu.

Je jasné, že v situaci limitovaných finančních prostředků a kapacity těchto oddělení není aktuálně možné vytvářet přísná kritéria vstupu do léčebného programu. Na druhou stranu tato praxe není zcela v pořádku. **Každý standardní léčebný program musí mít jasná kritéria příjmu, jinými slovy, musí být schopen definovat, s kým „umí pracovat a s kým ne“.**

Současně není zapotřebí rezignovat na tyto případy vězňů, kteří motivaci pro léčbu nemají. I zde je možné pracovat na budování motivace ke změně (Rauchfleisch, 1999). Velmi pozitivní je fakt, že pracovníci těchto oddělení přistupují k motivaci velmi dobrým způsobem a pracují s faktem, že motivaci ke změně je nezbytné stále budovat, a nepovažují odhodlanost ke změně při nástupu klienta za samozřejmost.

**Zásadním problémem v případě soudně nařízených ochranných léčeb je časté ignorování načasování vstupu do programu.** Jak vyplývá ze zkušenosti oslovených pracovníků v léčebných programech, tito odsouzení jsou zařazováni do programu na začátku výkonu trestu. To je však velmi nevhodné pro práci s motivací odsouzených, kteří vědí, že po absolvování léčebného programu je čeká ještě zbytek trestu v normálních odděleních věznic (někdy i několik let). Tato ne příliš příznivá budoucnost je zásadním demotivujícím faktorem při léčbě závislých odsouzených. Naskytá se otázka, zda-li by nebylo výhodnější časovat umístění do léčebného programu tak, aby odsouzený věděl, že po jeho ukončení bude propuštěn na svobodu, kde by mohl pokračovat v programech následné péče.

## 4/2 Pojetí minimálních standardů

V roce 2001 schválilo Ministerstvo zdravotnictví jakousi definitivní „pracovní verzi“ tzv. Akreditačních standardů (Kalina et al., 2001). Jejich příprava byla poměrně dlouhým procesem. Východiskem těchto standardů jsou tzv. „Minimální standardy léčebné péče“ (česká verze dle WHO, 1995), doplněné s přihlédnutím k Metodickému opatření č. 9 MZ ČR (Věstník MZ ČR, částka 7, červen 1998), standardům

SCODA z Velké Británie a základnímu manuálu kvality doporučenému Evropskou unií. Tento materiál však nebyl zatím schválen k standardnímu používání. Jedná se však o zásadní dokument, který je v duchu širokého konsensu odborné veřejnosti.

Přestože bylo původním záměrem připravit jednotné standardy vyhovující jednotlivým pohle-

<sup>2</sup> Specializovaná oddělení pro diferencovaný výkon trestu a programy pro výkon ochranné protitoxikomanické a protialkoholní léčby (příloha č.1).



dům (např. zdravotní versus sociální), rozhodlo se Ministerstvo práce a sociálních věcí připravit svůj návrh standardů (registrační standardy sociálních služeb). Původně byly zpracovány poměrně podrobné standardy pro všech 19 typů sociálních služeb. Návrh těchto standardů měl být zakotven v novém zákoně o sociálních službách. V průběhu příprav se však od podrobných standardů pro jednotlivé služby ustoupilo a byly vydány Standardy kvality sociálních služeb (2002). Ty jsou více obecné. Nutno podotknout, že dříve slibovanou kompatibilitu se Standardy MZ se nepodařilo příliš dodržet. Tyto standardy se více zaměřují na podmínky, za jakých je služba poskytována, s důrazem na ochranu práv klienta.

Pro návrh standardů léčebných programů ve výkonu trestu byly využity Standardy odborné způsobilosti (Kalina et al., 2002), tedy revidovaná a doplněná verze tzv. Akreditačních standardů (Kalina et al., 2001), vydaných Ministerstvem zdravotnictví. Uvedená šestá revize byla provedena v souladu se závěry analýzy potřeb provedené v roce 2002 v rámci pracovní skupiny Akreditace projektu PHARE (Kalina, 2002). Tyto revidované standardy konkrétně popisují jednotlivé typy péče o uživatele drog. V následujícím textu budou popsány podrobněji.

Základním cílem standardů péče je stanovit závazná kritéria péče o uživatele drog pro všechny poskytovatele odborných služeb s cílem zajistit jejich kvalitu a účinnost. Nenahrazují však v žádném případě diagnostické a léčebné standardy a postupy dobré praxe u jednotlivých metod. Měly by být nástrojem pro odborné posouzení poskytovatele služeb, který se hlásí k **certifikaci odborné způsobilosti**.<sup>3</sup> Následné získání tohoto certifikátu odborné způsobilosti by mělo být známkou kvality jak pro uživatele těchto služeb, tak i pro veřejnost a správní orgány. Je to však také nástroj využitelný pro kontinuální posuzování a revidování odborného programu samotným poskytovatelem.

Obecně tedy lze říci, že Certifikační standardy vymezují jakýsi rámec pro daný typ péče, který je však dostatečně široký tak, aby byla zaručena možnost určité pestrosti jednotlivých programů. Právě vymezení jednotného rámce pro daný typ služby je důležité také pro zajištění kompatibility jednotli-

vých služeb. Pokud by toto nebylo dodrženo, bylo by zajištění kontinuity léčebné péče nereálné.

Současné Certifikační standardy jsou rozděleny do dvou částí: obecné a speciální. Obecná část zahrnuje základní standardy platné pro všechny typy drogových služeb. Speciální část již vymezuje konkrétní typy drogových služeb v následujícím dělení:

- a) detoxifikace,
- b) terénní programy,
- c) kontaktní a poradenské služby,
- d) ambulantní léčba,
- e) stacionární programy,
- f) krátkodobá a střednědobá ústavní léčba,
- g) rezidenční péče v terapeutických komunitách,
- h) ambulantní doléčovací programy,
- i) substituční léčba.

Každý typ péče je definován s ohledem na cílovou populaci, pro kterou je určen, a místo, jež zastupuje v systému péče o osoby závislé na návykových látkách. Úkolem tohoto textu je pokusit se o ukotvení léčebných programů ve věznicích do tohoto systému tak, aby byla zajištěna (stejně jako u ostatních typů péče) kontinuita a kompatibilita. Problémem je, že tento typ péče probíhá v poměrně odlišných podmínkách než péče na svobodě. Proto návrh standardů pro léčebné programy ve výkonu trestu je pokusem o nalezení kompromisu, jak zasadit standardní léčebný program do podmínek výkonu trestu. Obecná část standardů nebyla významně upravena, neboť se jedná o základní podmínky léčebné péče. Komplikací je hledání adekvátního typu programu, který by mohl být podkladem pro vypracování návrhu standardů léčebných programů ve věznicích.

Dle sdělení Generálního ředitelství Vězeňské služby ČR (EMCDDA, 2002) existují v současné době 4 léčebné programy. Z toho programy ve věznicích v Plzni a Příbrami jsou odděleny specializovaná pro výkon trestu odsouzených s poruchou osobnosti a chování způsobenou užíváním psychotropních látek. Programy ve věznicích Rýnovice a Opava jsou vedeny jako oddělení specializovaná pro výkon ochranného léčení protitolikomického a protialkoholního.

Jako základ pro návrh standardů léčebných programů ve vězení byly použity standardy navržené pro terapeutické komunity (Kalina et al., 2002).

<sup>3</sup> Certifikace odborné způsobilosti je proces, v němž je žadatel (organizace, poskytovatel služeb) hodnocen, zda splňuje předepsané normy pro poskytování daného typu služby určené uživatelům drog nebo pro prevenci užívání drog.

Vycházeli jsme při tomto rozhodnutí z reality dvou navštívených programů ve věznicích Rynovice (příloha č. 7) a Opava (příloha č. 8) a z dlouholetých zahraničních zkušeností, které podporují metodu terapeutické komunity jako velmi efektivní v rámci léčby uživatelů drog ve výkonu trestu. Nutné je zdůraznit, že tento text popisuje terapeutickou komunitu jako metodu a ne jako typ zařízení pro střednědobou a dlouhodobou léčbu, jak je známe z programů na svobodě. Specifické prostředí vězení bude mít negativní vliv na dynamiku procesu

léčby v těchto programech, přesto považujeme aplikaci principů terapeutické komunity do těchto programů za velmi efektivní cestu, která je podpořena dlouholetými zahraničními zkušenostmi. Samotný fakt, že jde o výkon trestu odnětím svobody, jde proti základním principům terapeutických komunit. Především principu dobrovolnosti a vlastní zodpovědnosti. Přesto jako základní materiál pro návrh standardů těchto programů byl použit materiál definující standardy terapeutické komunity se zohledněním podmínek výkonu trestu.

## 4/3 Obecná část standardů

1.	PŘÍSTUPNOST ODBORNÝCH SLUŽEB	Poznámky
1.1	Odborné služby jsou veřejně přístupné bez ohledu na pohlaví <sup>4</sup> , věk a rasu pacienta/klienta, jeho politické přesvědčení, náboženství, právní či společenské postavení, psychický či fyzický stav (včetně HIV pozitivitu) a socioekonomické možnosti (např. schopnost službu zaplatit).	
1.2	Služby jsou přístupné bez ohledu na typ užívané návykové látky <sup>5</sup> , historii užívání a způsob aplikace návykové látky.	
1.3	Služby jsou přístupné bez zbytečných odkladů, které by mohly zhoršit aktuální stav pacienta/klienta.	

### Komentář

Tuto část ponecháváme v původním znění. Je jasné, že v případě léčebných programů v rámci

výkonu trestu jsou podmínky pro přijetí pacienta/klienta dané. Přesto by mělo být zajištěno tak jako u programů na svobodě právo na přístupnost.

2.	PŘÍJEM A ÚVODNÍ VYŠETŘENÍ	Poznámky
2.1	Odborná zařízení mají standardní formu a proceduru úvodního vyšetření a příjmu pacienta/klienta.	
2.2	Každý pacient/klient je individuálně vyšetřen. Vyšetření zahrnuje anamnézu i současný stav.	
2.3	Příjem a úvodní vyšetření pacienta/klienta směřuje ke stanovení optimální intervence a koordinovaného plánu odborné péče.	
2.4	Úvodní vyšetření stavu pacienta/klienta slouží ke stanovení případných psychologických, psychiatrických a somatických komplikací, které mohou ovlivnit průběh léčby.	
2.5	Součástí úvodního vyšetření je zhodnocení psychosociálního fungování pacienta/klienta (včetně rodinného zázemí, pracovní anamnézy, právního postavení atd.).	
2.6	Laboratorní vyšetření jsou k dispozici pro stanovení správné diagnózy (somatické, popř. psychiatrické), nebo pro případné stanovení typu užívané drogy a vhodnosti určité formy odborné péče.	
2.7	Na závěr úvodního vyšetření a zhodnocení stavu pacienta/klienta je stanoven plán odborné péče a definovány jeho cíle (akceptované pacientem/klientem). O úvodním vyšetření a zhodnocení stavu pacienta/klienta je vedena adekvátní forma dokumentace.	
2.8	V případě, že dané zařízení nemůže zabezpečit potřebné služby, je pacient/klient doporučen do jiného zařízení.	

<sup>4</sup> Při zohlednění indikačních kritérií programů.

<sup>5</sup> Při zohlednění indikačních kritérií programů.

**Komentář**

Standardy pro tuto oblast jsou uvedeny v původním rozsahu. Jsou zde zahrnuty standardní postupy při příjmu pacienta, které by měly být závazné.

Standard 2.7, respektive formulace „je stanoven a definován plán odborné péče a definovaný jeho cíle (akceptovatelné pacientem/klientem)...“ může znít v podmínkách výkonu trestu trochu bizarně. **Nicméně právo závislého akceptovat plánované výsledky léčby a souhlasit s nimi by mělo být zásadně dodrženo i v tomto případě. Angažování uživatele drog na své léčbě je výrazným faktorem terapeutické komunity.**

Určitou komplikací může být standard 2.8, jenž je uveden v kategorii zásadní. Možnosti doporučování do jiných programů jsou v případě odsouzených velmi omezené. V podmínkách výkonu trestu není nabídka různých typů služeb dostatečná a je limitovaná faktem, že se jedná o programy ve věznicích. Např. věznice Rýnovice je specializována na výkon ochranné protitoxikomanické a protialkoholní léčby.

Jsou sem umísťováni uživatelé drog s nařízenou ústavní léčbou, někdy bez ohledu na to, je-li daný program pro ně vůbec vhodný, indikovaný (tento problém již byl zmíněn v úvodní části této kapitoly). V zařazování uživatelů drog do jednotlivých specializovaných programů pro diferencovaný výkon trestu nepanuje vždy jednotný přístup a může tak systémově docházet k zařazení vězně do nevhodného programu (neodpovídajícího potřebám, stavu a motivaci vězně). V této souvislosti není bez zajímavosti ani fakt, že i mezi stejnými programy panují v různých věznicích velké rozdíly. Samotné spektrum programů ve věznicích pak nepokrývá všechny standardní nabídky programů mimo věznice, což může být zdrojem dalším komplikací. Např. u klientů substitučních programů není doposud zajištěna kontinuita péče také ve vazbě a výkonu trestu a tito klienti nemají možnost substituční léčby využívat a pokračovat v ní v těchto zařízeních. Současně přítom u těchto indikovaných skupin neexistuje ze strany VS plnohodnotná náhrada.

3.	SEKTRUM SLUŽEB A ZÁSADY JEJICH POSKYTOVÁNÍ	Poznámky
3.1	Vhodný typ a forma odborné péče se stanoví na základě diagnózy, typu užívané návykové látky, rozsahu užívání, stupně závislosti, fyzického a psychického stavu pacienta/klienta (přitom se bere v úvahu případná somatická či psychiatrická komorbidita).	
3.2	Zvolený program je komplexní se zaměřením na bio-psycho-sociální podstatu problému.	
3.3	Zvolený program se pravidelně hodnotí a v případě potřeby se modifikuje zapojením pacienta/klienta a jeho informovaným souhlasem. <sup>6</sup>	
3.4	Dostupné a v úvahu přicházející možnosti odborné péče jsou probrány s pacientem/klientem.	
3.5	Pacientům/klientům s psychologickými a psychiatrickými komplikacemi se poskytuje specifická odborná péče.	
3.6	Specifická odborná péče je zajištěna pro pacienty/klienty s případnými somatickými problémy (např. HIV, hepatitis A, B, C, atd.).	
3.7	Informace a zdravotní výchova směřující k minimalizaci rizik z užívání drog se poskytují vždy, bez ohledu na to, zda-li se jedná o program s cílem abstinence, či nikoliv.	
3.8	O průběhu programu vede zařízení podrobnou dokumentaci. <sup>7</sup>	
3.9	Podávané či předepisované léky musí být řádně uvedeny v dokumentaci pacienta/klienta. Farmakoterapie musí odpovídat specifickým potřebám pacienta/klienta, typu užívané návykové látky, uznané praxi, aktuálním vědeckým poznatkům a příslušným metodickým opatřením MZ.	

<sup>6</sup> V tomto bodě je míněno hodnocení průběhu a dílčích výsledků odborné péče o konkrétního pacienta/klienta. Jak často má hodnocení probíhat, závisí na typu, délce a obsahu zvoleného programu. Požadavky jsou obsaženy ve standardech speciální části.

<sup>7</sup> Vedení dokumentace se řídí platnými předpisy a standardními pravidly vedení dokumentace ve zdravotnických zařízeních (Věstník MZ č. 7, červen 1998). Veškeré osobní údaje jsou důvěrné. Nezdravotnická zařízení musí mít pro vedení osobní dokumentace souhlas klienta.

	SPEKTRUM SLUŽEB A ZÁSADY JEJICH POSKYTOVÁNÍ	Poznámky
3.10	Zařízení zajišťuje kontinuitu odborné péče. Při ukončení daného programu je vypracován plán navazující nebo následné péče a resocializace (včetně zapojení rodiny, tam kde je to možné). To platí i tehdy, je-li program ukončen z důvodů porušení pravidel. Při výstupu je pacient/klient vybaven předběžnou propouštěcí (závěrečnou) zprávou. Úplná zpráva je zaslána do 7 dnů zařízení, které přebírá pacienta/klienta do péče. <sup>8</sup>	
3.11	Zařízení vytváří podmínky pro zapojení členů rodiny nebo jiných důležitých osob blízkých pacientovi/klientovi.	
3.12	Pro zabezpečení komplexní a kontinuální péče zařízení aktivně vytváří a udržuje vztahy s dalšími poskytovateli služeb.	
3.13	Zařízení provádí pravidelně (nejméně 1x ročně) hodnocení kvality a efektivity poskytované péče a vyvozuje z něj příslušná opatření.	
3.14	Zařízení realizuje opatření ke zvýšení dostupnosti péče (šíření informací o zařízení, monitorování kapacity a čekací doby, poskytování informací o dalších možnostech odborné péče atd.).	

#### Komentář

Oproti původnímu znění byl v této části vypuštěn pouze standard 3.1 (číslování je upraveno, aby byla dodržena logika tabulky), který ukládá zabezpečení dostupnosti jednotlivých typů služeb pro klienty. V tomto případě je však třeba brát zřetel na specifické podmínky výkonu trestu a neúplnost tohoto spektra služeb ve věznicích.

K diskusi může být standard 3.10 „Zajištění kontinuity péče“, který je však klíčovým momentem v celém procesu léčby, proto je uveden v původním znění. Neřešené zůstávají případy předčasného ukončení programu. I zde je však možné o určitém typu zajištění kontinuity péče uvažovat, např. v protidrogové poradně. Problematikou následné péče se budeme zabývat v závěru tohoto textu.

4.	ORGANIZAČNÍ ASPEKTY	Poznámky
4.1	Zařízení je řízeno odborníkem/manažerem s potřebnou kvalifikací, který nese odpovědnost za kvalitu a efektivitu poskytovaných služeb.	
4.2	Zařízení dbá o součinnost v systému služeb a vnější koordinaci, spolupracuje s veřejnou správou a místním společenstvím.	
4.3	Poskytované služby mají jasně definovaný cíl, poslání a úlohu v komplexním systému péče na místní, regionální, případně nadregionální úrovni.	
4.4	Pro zabezpečení pružného rozvoje poskytovaných služeb má zařízení vytvořené příslušné vnitřní mechanismy a nástroje (např. provozní porady, porady a konzultace o pacientech/klientech, plány rozvoje a zvyšování kvality a efektivity péče, plány vzdělávání apod.).	
4.5	Multidisciplinární tým je složen a veden s ohledem na kompetentní poskytování dané služby, je jasně definováno jeho fungování, odpovědnost jednotlivých členů a mechanismy komunikace.	
4.6	Zařízení má jasně definovaná vnitřní pravidla poskytování odborných služeb včetně kritérií pro ukončení programu, pokud pacient/klient závažným způsobem tato pravidla poruší. Je povinno s těmito pravidly pacienty/klienty srozumitelně seznámit.	
4.7	Zařízení má vypracovanou koncepci, organizační a provozní řád a manuály (písemně definované postupy) pro hlavní odborné činnosti.	

<sup>8</sup> Zajištění kontinuity péče pochopitelně není možné bez motivace pacienta/klienta. V případě, že jakoukoliv další péči odmítá, musí být aspoň informován o její potřebě a možnostech.

	ORGANIZAČNÍ ASPEKTY	Poznámky
4.8	Zařízení má jednoznačně písemně definované postupy v následujících oblastech: a) Monitorování HIV a hepatitid. b) Supervize.	
	c) Mlčenlivost. <sup>9</sup> d) Vyloučení alkoholu a drog z pracoviště.	
	e) Výběr a odměňování pracovníků. f) Výcvik a další vzdělávání pracovníků. g) Přístup k dokumentaci. h) Práce dobrovolníků (včetně stážistů) a civilní služby. i) Práce s médii. j) Etický kodex. <sup>10</sup> k) Právní odpovědnost. l) Spolupráce se sociálními kurátory, probačními úředníky atd. m) Řešení stížností a disciplinární opatření. n) „Minimální bezpečí“ pacientů/klientů a personálu. <sup>11</sup> o) Doporučování a předávání pacientů/klientů do jiných zařízení. p) Sledování spokojenosti pacientů/klientů a jejich zapojení do dalšího rozvoje služeb. q) Průběžné monitorování činnosti, supervize, fungování odborných garantů.	

#### Komentář

Velmi důležitá oblast standardů popisující organizační zajištění programu. Zásadní je otázka personálního zajištění. Multidisciplinární tým složený z kompetentních pracovníků je nezbytnou podmínkou pro kvalitu léčebného programu. V Nařízení GRVS č. 49 (Nařízení č. 49, 2001) se v paragrafu 5 uvádí: „...K výkonu práce v bezdrogové zóně jsou přednostně zařazováni zaměstnanci s potřebnými teoretickými znalostmi a praktickými dovednostmi v oboru prevence a zacházení s drogově závislými...“. Slovo „přednostně“ však dává příliš velký prostor, aby práci v těchto pro-

gramech vykonávali i pracovníci bez zmiňovaných kompetencí. Požadavky na vzdělání (teoretické i praktické) pracovníků v týmu se řídí nařízeními pro jednotlivé profese. **Pro zajištění efektivity léčebného programu je nezbytné, aby byl kladen důraz na profesionalitu a dostatečnou odbornou kompetenci jednotlivých členů týmu.** Kromě formálního vzdělání v oblasti psychologie, medicíny, sociálních věd, atd. je třeba zajistit i odbornou přípravu praktickou. Jedná se především o různé vzdělávací programy zaměřené na drogovou problematiku a především o sebezkušeňnostní psychotherapeutický výcvik.

5.	FINANCE	ZDROJE
5.1	Je stanoven rozpočet programu/zařízení a odpovědnost za jeho kontrolu.	
5.2	V rozpočtu je vyčleněna položka na další vzdělávání pracovníků a na supervizi.	

#### Komentář

Vzhledem k faktu, že programy fungují v rámci věznic jako takové, tzn., že financování programu vychází z celkového rozpočtu věznic, byla tato

oblast výrazně redukována, neboť lze předpokládat, že věznic, která léčebný program poskytuje, se řídí obecně závaznými právními předpisy. Jako klíčový v této oblasti vyvstává standard 5.2

<sup>9</sup> Mlčenlivost u zdravotnických pracovníků a ve zdravotnických zařízeních vyplývá z příslušných ustanovení zákona č. 20/1966 Sb., o zdraví lidu, v platném znění (§ 55). Pro nezdravotnické pracovníky a nezdravotnická zařízení ji lze odvodit ze zákona č. 256/1992 Sb., o ochraně osobních údajů v informačních systémech. Doporučuje se režim tohoto zákona respektovat a povinnost mlčenlivosti ještě zvlášť zakotvit v pracovní smlouvě.

<sup>10</sup> Etický kodex (terapeutických komunit, odborných společností, stavovských organizací). Pro pracovníky určitých profesí (lékaři, psychologové, psychotherapeuti, sociální pracovníci) jsou směrodatné etické kodexy jejich profesních organizací a odborných sdružení.

<sup>11</sup> Požadavky „minimálního bezpečí“ zahrnují např. definovaný postup při sebevražedných tendencích, intoxikaci návykovou látkou, vnesení návykové látky do zařízení, agrese vůči osobám a majetku, krádežích apod.

6.	PŘÁVA PACIENTŮ/KLIENTŮ	ZDROJE
6.1	V souladu s Ústavní listinou základních práv a svobod jsou chráněna lidská a občanská práva.	
6.2	Zařízení dodržuje příslušný Kodex práv pacientů/klientů a zveřejňuje jej pro pacienty/klienty v případné stylistické úpravě s ohledem na své zaměření. <sup>12</sup>	
6.3	Jmenovité informace o pacientovi/klientovi a jeho zdravotním stavu jsou důvěrné a nejsou poskytovány bez jeho souhlasu, případně bez jeho vědomí, jestliže je organizace povinna je poskytnout. <sup>13</sup>	
6.4	Je respektováno právo pacienta/klienta seznámit se přiměřeným způsobem s tím, jak je v zařízení vedena, uchovávána a zabezpečena dokumentace obsahující jeho osobní údaje.	
6.5	Pacient/klient je plně informován o formě, obsahu, délce a pravidlech poskytované odborné péče, včetně jejich očekávaných přínosů a případných rizik, svých povinností a chování, jimž může přispět k dosažení jejich cílů.	
6.6	Podmínky odborné péče a případná omezení se uplatňují s plným vědomím a informovaným souhlasem pacienta/klienta. <sup>14</sup>	
6.7	Pacient/klient má právo na kontakt se svojí rodinou, zaměstnavatelem, učitelem, duchovním, příp. dalšími důležitými osobami ze svého okolí, pokud je to v souladu s podmínkami a omezeními odborné péče podle bodu 6.5 a podmínkami výkonu trestu.	
6.8	Nejsou kladeny překážky svěprávnému rozhodnutí pacienta/klienta ukončit léčbu či jiný odborný program.	
6.9	Je vytvořen mechanismus k přijímání, vyřizování a dokumentaci stížností ze strany pacientů/klientů.	
6.10	Dokumentace obsahující osobní údaje pacienta/klienta je zabezpečena proti zneužití.	
6.11	Pacient/klient je srozumitelně informován o případných zákonných omezeních zde uvedených práv a o důsledcích, které tato omezení mají pro něj a pro zařízení.	

#### Komentář:

Oblast práv pacientů/klientů musí být brána na zřetel, přestože léčebný program probíhá v rámci podmínek výkonu trestu, který má svá jasná pravidla. Tato oblast je prakticky ve stejném znění jako u ostatních léčebných programů.

Pro efektivní fungování každého léčebného programu je v něm nutné zajistit maximální angažovanost (aktivní přístup) léčiči se uživatele drog. Velmi vysoká uznávaná efektivita terapeutických komunit spočívá především právě v zainteresovanosti každého jejího člena na programu a tím umožnění spoluúčasti na vytváření celkového prostředí a klimatu dané terapeutické komunity. K tomu je zapotřebí jasně vymezit práva a povinnosti každého jejího člena, tak aby bylo jasné, v jakém „prostoru“ se může pohybovat. Je jasné, že v podmínkách vězení je tato otázka velmi ože-

havá. Přesto by mělo být tvůrci koncepce daného léčebného programu věnováno dostatek prostoru pro zajištění výše zmíněných standardů. V opačném případě bude velmi ohrožena efektivita celého léčebného snažení. Mírně diskutabilní může být standard 6.5, přesto by měly být hledány cesty, jak pracovat se signifikantními osobami v okolí závislého odsouzeného. Stejně tak mohou nastat komplikace u standardu 6.8, především předčasné ukončení u soudně nařízené léčby. Je ale nutno podotknout, že splnění nařízení soudu je čistě zodpovědností odsouzeného, není proto na místě jej v programu násilně udržovat.

Standard 6.9 může v podmínkách výkonu trestu působit až nevhodně, ale jedná se o zásadní právo pacienta/klienta ve všech typech programů, a proto by léčebné programy v rámci věznic neměly být výjimkou.

<sup>12</sup> Kodex práv pacienta: kodex vydaný Centrální etikou komisí MZ v r. 1992 a Kodex práv pacientů/klientů schválený MPK (dnes RVKPP) atd.

<sup>13</sup> Týká se pouze osobních údajů pacientů/klientů, nikoliv například statistických hlášení.

<sup>14</sup> Viz § 23 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění.

7.	ZAMĚŠTNANCI, DALŠÍ VZDĚLÁVÁNÍ, SUPERVIZE	Poznámky
7.1	Každý zaměstnanec má smlouvu a platový výměr podle platných právních předpisů. <sup>15</sup> Je poučen o bezpečnosti práce a má jasně stanovenou pracovní náplň.	
7.2	Organizace má jasně definovaná pravidla pro nábor, výběr a odměňování zaměstnanců a pro zaměstnávání pracovníků s předchozími nebo současnými problémy s drogami a alkoholem. Totéž se týká externistů a dobrovolných pracovníků.	
7.3	Je zajištěna prevence pracovních rizik.	
7.4	Pracovní náplně zaměstnanců a výše stanovené odměny jsou pravidelně revidovány.	
7.5	Je zajištěna znalost a dodržování etického kodexu. <sup>16</sup>	
7.6	Je definována procedura vyřizování stížností, případů diskriminace a fyzického, psychického, ekonomického či sexuálního zneužívání pacientů/klientů ze strany personálu.	
7.7	Specializovaná péče (lékařská, psychologická, psychotherapeutická, sociální, výchovná apod.) je vždy prováděna personálem s příslušnou kvalifikací a osvědčením.	
7.8	Organizace má písemně zpracovaný postup při zavádění nového zaměstnance včetně zajištění jeho výcviku v rozsahu potřebném pro kvalifikovaný pracovní výkon.	
7.9	Zaměstnanci mají rovný přístup k dalšímu vzdělávání. <sup>17</sup>	
7.10	Pravidelné vzdělávání zaměstnanců se realizuje na podkladě analýzy jejich znalostí, dovedností a schopností, podle individuálních vzdělávacích plánů a vzdělávacího programu organizace. Totéž se týká dobrovolných pracovníků.	
7.11	Zaměstnanec má příležitost pravidelně projednávat svoji odbornou kariéru, včetně dalšího vzdělávání, se svým zaměstnavatelem, resp. odborným vedoucím/manažerem.	
7.12	Zaměstnanci jsou na pracovišti pravidelně supervidováni odborným vedoucím, případně pověřeným pracovníkem s potřebnou kvalifikací, s cílem zabezpečit kvalitu poskytovaných služeb. Totéž se týká dobrovolných pracovníků.	
7.13	Zaměstnanci mají rovný přístup k vnější supervizi. Vnější supervize se realizuje na základě smlouvy se supervizorem, kterým je vysoce kvalifikovaný a uznávaný odborník, pracující mimo organizaci.	
7.14	Vnější supervize si klade za cíl dosažení správně odborné praxe odpovídající standardům a je zaměřena na tyto oblasti: (a) vědomosti, metody intervence, praktické dovednosti, (b) postoje zaměstnance a pochopení jeho profesionální role, (c) fungování týmu.	

### Komentář

Tato oblast je ponechána beze změny oproti jiným zařízením. Je zde zdůrazněno vzdělávání jednotlivých pracovníků. Je nutné vybavit pracovníky znalostmi a dovednostmi potřebnými pro práci se závislými osobami.

Důležitý je standard 7.13 a 7.14, vnější supervize. Tato oblast je v současných programech opomíjena. Vnější supervize je vnímána jako nezbytný faktor kvality programu. Vnější supervizorem se rozumí odborník, který není s programem, popřípadě organizací v jiném pracovněprávním vzta-

<sup>15</sup> Viz např. zákon č. 126/1994 Sb., zákoník práce v úplném znění.

<sup>16</sup> Etický kodex (terapeutických komunit, odborných společností, stavovských organizací). Pro pracovníky určitých profesí (lékaři, psychologové, psychoterapeuti, sociální pracovníci) jsou směrodatné etické kodexy jejich profesních organizací a odborných sdružení.

<sup>17</sup> Zde, stejně jako v případě vnější supervize (oddíl 7.13), znamená „rovný přístup“ rovnost příležitostí pro všechny pracovníky, bez diskriminace nebo naopak zvýhodňování některých kategorií či profesí.

hu. Cílem vnější supervize je zajištění dobré kvality programu a jeho rozvoje. K diskusi jsou požadované odborné nároky na vnějšího supervizora vzhledem k specifikám výkonu trestu. V současné

době je v oblasti protidrogových služeb požadováno u supervizora vysokoškolské vzdělání a minimálně 3 roky praxe v oboru.

8.	PROSTŘEDÍ	Poznámky
8.1	Prostředí, ve kterém probíhá odborná péče, je vytvářeno a udržováno s cílem chránit zdraví, bezpečí a spokojenost pacienta/klienta i personálu.	
8.2	Je vytvořeno prostředí zabezpečující pro pacienty/klienty alespoň minimální soukromí.	
8.3	Místnosti, kde se provádí odborná péče, jsou vybaveny podle příslušných předpisů a náležitě udržovány. <sup>18</sup>	
8.4	Zařízení postupuje citlivě vůči životnímu prostředí.	

#### Komentář

K otázce prostředí léčebného programu: přestože je program situován do podmínek věznice, měla by být otázka prostředí, ve kterém probíhá, věno-

vána náležitá pozornost. Kvalita prostředí programu je důležitým faktorem přispívajícím k jeho celkovému fungování.

## 4/4 Specifická část standardů

### Střednědobá a dlouhodobá lůžková odborná péče v zařízeních pro výkon vazby a trestu

		Poznámky
7.1	Program je součástí komplexního systému péče v působnosti jedné organizace, případně funguje jako samostatná organizace s funkční provázaností na další odborná zařízení a organizace, jako zařízení sociálních služeb nebo jako samostatné oddělení – pobočka lůžkového zdravotnického zařízení. Kromě posledního případu statut zdravotnického zařízení není obvyklý. <sup>19</sup>	
7.2	Personální zabezpečení.	
7.2.1	Řízení: program je řízen kvalifikovaným odborným pracovníkem/manažerem, s praxí ve skupinové psychoterapii, léčení závislosti, rodinné terapii, kognitivně behaviorálních přístupech apod.	
7.2.2	Terapeutický tým: multidisciplinární vzhledem k povaze problému a specifickým charakteristikám pacientů/klientů, výběr pracovníků se řídí kritérii: <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Vzdělání (lékařské, psychologické, psychotherapeutické, speciálně pedagogické, v oblasti sociální práce, popř. jiné).</li> <li>b) Specializované výcviky (skupinová a individuální psychoterapie psychodynamických, interaktivních a kognitivně behaviorálních směrů, rodinná terapie, sociální komunikace).</li> <li>c) Praktické zkušenosti a dovednosti.</li> <li>d) Osobnostní vlohy.</li> </ul>	
7.2.3	Zabezpečení provozu: nepřetržitá služba kvalifikovaného pracovníka-terapeuta.	
7.2.4	Kapacita pacientů/klientů na jednoho kvalifikovaného pracovníka je v rámci odborného programu max. 10 pacientů/klientů.	

<sup>18</sup> Příslušnými předpisy se rozumí vyhlášky MZ č. 207/1992 Sb., o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení, a č. 49/1993 Sb., o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení.

<sup>19</sup> Doporučuje se, aby i nezdravotnická zařízení zaměstnávala lékaře aspoň na minimální úroveň.



**Komentář**

Složení týmu musí odpovídat povaze daného problému a potřebám cílové populace. Při výběru odborných pracovníků by měly být kromě adekvátního vzdělání a zkušeností zohledněny i osobnostní vlohy. Je samozřejmé, že v rámci

tohoto typu léčebného programu musejí pracovat i vychovatelé. Při výběru těchto pracovníků by měl být brán ohled na specifika daného programu (osobnostní předpoklady, základní vzdělání v problematice užívání drog atd.).

Střednědobá a dlouhodobá lůžková odborná péče v zařízeních pro výkon vazby a trestu		Poznámky
7.3	Cílová populace: uživatelé drog ve středním až těžkém stupni závislosti odsouzení k trestu odnětí svobody.	
7.4	Zhodnocení stavu pacienta/klienta.	
7.4.1	Anamnestické údaje: odebírány kvalifikovaným pracovníkem při nástupu pacienta/klienta do programu, v případě potřeby konzultovány s lékařem. Anamnéza se průběžně doplňuje. <sup>20</sup>	
7.4.2	Lékařské vyšetření: provádí se před nástupem pacienta/klienta do programu, nejpozději do 1 týdne po nástupu, s cílem stanovit závažnost psychických a somatických komplikací a vhodnost indikace pro daný typ rezidenčního programu, obsahuje: <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Psychiatrické a somatické vyšetření.</li> <li>b) Toxikologické vyšetření moče.</li> <li>c) Základní laboratorní vyšetření.</li> <li>d) Vyšetření HIV, hepatitidy a pohlavně přenosných onemocnění.</li> <li>e) V případě potřeby vyšetření na graviditu a další odborné výkony.</li> </ul>	
7.4.3	Základní vstupní zhodnocení stavu pacienta/klienta: je provedeno nejpozději do 3 dnů po nástupu. Před nástupem je nutné minimálně vyloučit závažnější akutní stav psychický či somatický včetně akutních infekčních onemocnění.	
7.4.4		
7.5	Základní lékařská péče: pokud v zařízení nepracuje denně lékař, je zajištěna u lékaře věznice.	
7.6	Neodkladná péče: je smluvně zajištěna se zdravotnickým zařízením (v rámci věznice, popřípadě mimo). Je písemně vypracován postup pro urgentní stavy, každý zaměstnanec je proškolen v oblasti kardiopulmonální resuscitace a poskytování první pomoci.	

**Komentář**

Cílová populace je záměrně definována obecně. Logickou podmínkou pro indikaci do programu je v tomto případě trest odnětí svobody. Specifickou cílovou skupinou jsou odsouzení s nařízenou ústavní léčbou. Ta by však neměla být jedinou

indikací do nástupu léčebného programu. Program by měl být otevřený i pro dobrovolný nástup.

Zhodnocení stavu pacienta/klienta probíhá standardní formou. Totéž platí o zajištění základní lékařské péče.

Střednědobá a dlouhodobá lůžková odborná péče v zařízeních pro výkon vazby a trestu		Poznámky
7.7	Odborná péče	
7.7.1	Individuální léčebný plán: zpracován do 14 dnů po přijetí pacienta/klienta s ohledem na individuální podmínky, závažnost onemocnění, přítomnost komplikujících faktorů v oblasti somatické i psychosociální. Léčebný plán je pravidelně revidován (minimálně 2krát měsíčně).	
7.7.2	Strukturované aktivity: každý pacient/klient se účastní programu v minimálním rozsahu 20 hodin strukturovaných aktivit (např. skupinová psychoterapie a skupinové poradenství, komunitní setkání) týdně, rozdělených alespoň do 5 pracovních dnů.	

<sup>20</sup> Nedoporučuje se odebírat anamnestické údaje pouze pomocí dotazníku vyplňovaného pacientem/klientem.

Střednědobá a dlouhodobá lůžková odborná péče v zařízeních pro výkon vazby a trestu		Poznámky
7.7.3	Monitorování léčebného procesu: každý pacient/klient má určeného pracovníka: terapeuta („garant“, „klíčový pracovník“), odpovědného za vedení případu, který pravidelně, minimálně 1x týdně, hodnotí stav pacienta/klienta a plnění léčebného plánu. <sup>21</sup> Garant konzultuje s pacientem/klientem minimálně jednou týdně v rozsahu 1 hodiny.	
7.7.4	Základní pravidla léčby: jsou písemně zpracována formou srozumitelnou a přístupnou pacientům/klientům. Definují klíčové principy, při jejichž porušení dochází zpravidla k přerušení léčby, a stanoví postup při porušení dalších pravidel.	
7.7.5	Denní režim: je konzistentní a stabilní, písemně zpracován formou přístupnou pacientům/klientům. Je součástí každého individuálního plánu. Zahnuje rozvrh strukturovaných aktivit, k nimž nezbytně patří aktivity terapeutické, výchovné, rehabilitační a pracovní: a) Terapeutické aktivity (skupinová, individuální podpůrná, rodinná terapie). b) Výchova a vzdělávání, posilování a rozvíjení odpovědného chování. c) Pracovní terapie s cílem získat, obnovit a upevnit pracovní návyky a dovednosti. d) Volnočasové, sportovní, zátěžové programy a jiné rehabilitační aktivity.	
7.7.6	Strukturovaný proces: obsahuje popis terapeutických fází (diferenčních skupin) a podmínky přestupu. Je písemně zpracován formou srozumitelnou a přístupnou pacientům/klientům.	
7.7.7	Dle možností jsou využívány účinné faktory terapeutické komunity.	
7.7.8	Skupinová terapie: základní terapeutický prostředek, postupy a cíle jsou adekvátní délce programu a potřebám pacienta/klienta.	
7.7.9	Práce s členy rodiny a partnery: prováděna v každém případě, kdy je to možné s ohledem na individuální podmínky pacienta/klienta s cílem poskytnout orientaci v problému závislosti a jejího léčení, emoční a sociální podporu, mobilizovat zralé chování a zachovat základní fungování rodiny.	
7.7.10	Sociální práce: prováděna s cílem maximálně stabilizovat sociální podmínky pacienta/klienta pro jeho následnou abstinenci (např. v oblasti rodinných vztahů, bydlení, studia, zaměstnání).	
7.7.11	Pravidelná a náhodná toxikologická vyšetření: jsou neoddělitelnou součástí programu rezidenční péče.	
7.7.12	Farmakoterapie: slouží k řešení psychických a somatických komplikací a komorbidit. Provádí výhradně lékař podle příslušných předpisů a zásad správné léčebné praxe.	
7.7.13	Program prevence relapsu: je neoddělitelnou součástí strukturovaných aktivit.	
7.7.14	Rehabilitace: slouží ke stabilizaci, zlepšení a rozvinutí psychických, somatických a sociálních kapacit pacienta. Využívané prostředky: rehabilitační techniky a procedury s ohledem na možnosti podmínek výkonu trestu.	

### Komentář

Odborná péče musí odpovídat standardům léčebných programů na svobodě s přihlédnutím k podmínkám výkonu trestu. Požadavek na 20 hodin strukturované práce je zachován stejně jako u TK. Byl přidán požadavek min. 1 hodiny konzultace

garanta s pacientem/klientem týdně, což je vzhledem k povaze programu nezbytné.

Problém představuje splnění standardů 7.7.7 a 7.7.8. Standard 7.7.7 doporučuje využití účinných faktorů terapeutické komunity v maximální možné míře. Je jasné, že podmínky léčebného

<sup>21</sup> Garant (klíčový pracovník) svého klienta sleduje soustavně, dokumentuje důležitá fakta a konzultuje s vedoucím. Každý pacient/klient má být probírán minimálně 1x za 14 dní na týmové poradě.

programu v rámci výkonu trestu neposkytují optimální prostředí, jež by umožňovalo využití těchto účinných faktorů. Přesto je vhodné aktivně zahrnovat tyto faktory do léčebného

programu s ohledem na omezení, které umístění programu skýtá. Stejně diskutabilní je i využití skupinové terapie jako základní metody práce (viz úvodní text).

Střednědobá a dlouhodobá lůžková odborná péče v zařízeních pro výkon vazby a trestu		Poznámky
7.8	Doplňkové programy: informace, poradenství a vzdělávání.	
7.9	Strava – minimálně 3x denně plnohodnotná strava, odpovídající základním hygienickým normám. Stravu nelze vynechat z disciplinárních důvodů.	
7.10	Vedení dokumentace: individuální dokumentace (chorobopis) pacienta/klienta eviduje podrobně léčebný proces. Vedle toho je podrobně zaznamenáván průběh společných strukturovaných aktivit (zápisy z komunit, skupin atd.). Veškerá dokumentace s osobními údaji je důvěrná a zabezpečená proti zneužití.	
7.11	Propouštění pacientů/klientů: je předem plánováno s cílem zabezpečit kontinuitu léčebné péče (doléčování) s ohledem na podmínky výkonu trestu, provázeno příslušným doporučením.	
7.12	Plán následné péče a resocializace: zpracován při každém propuštění pacienta/klienta, a to i při předčasném ukončení léčby z disciplinárních důvodů, minimálně je pacient/klient srozumitelně informován o potřebě další péče a jsou mu doporučena pracoviště, kde ji může získat. Jsou vypracována pravidla pro opakování léčby.	

#### Komentář

Doplňkové programy jsou důležitou součástí celého léčebného procesu. Vedení dokumentace je standardní jako v jiných programech. Problematické jsou standardy 7.11 a 7.12. Plánované propuštění z programu a program

následné péče jsou reálné pouze v případě, že ukončení programu koresponduje s ukončením výkonu trestu. Tento problém byl diskutován v úvodu tohoto materiálu. Bez zajištění kontinuity péče (následné péče) se efektivita programu velmi výrazně snižuje.

Střednědobá a dlouhodobá lůžková odborná péče v zařízeních pro výkon vazby a trestu		Poznámky
7.13	Fungování multidisciplinárního týmu: týmové porady minimálně 1krát týdně, týmové konference minimálně 1krát za 3 měsíce.	
7.14	Další vzdělávání.	
7.14.1	Zaměstnanci se povinně vzdělávají v oblastech nezbytných pro efektivní pracovní výkon a správnou odbornou praxi podle uvážení odborného vedoucího/manažera programu.	
7.14.2	Zaměstnanci jsou podporováni v dalších vzdělávacích aktivitách, zvláště v oblasti sebezkušenostních psychoterapeutických výcviků, výcviků v rodinné terapii, individuální psychoterapii, neverbálních technikách, sociální komunikaci, krizové intervenci, poradenství atd.	
7.15	Supervize.	
7.15.1	Interní: každý zaměstnanec je pravidelně supervidován odborným vedoucím/manažerem programu.	
7.15.2	Externí: odborný vedoucí/manažer programu a multidisciplinární tým má k dispozici externího supervizora.	
7.16	Hodnocení efektivity: v pravidelných intervalech, minimálně 1krát ročně. <sup>22</sup>	

<sup>22</sup> Pro kvantitativní hodnocení efektivity je relevantní: (a) počet a struktura výkonů u pacientů/klientů, (b) naplnění kapacity programu, (c) četnost mimořádných událostí a režimových komplikací, (d) četnost předčasných vypnutí z programu, (e) četnost vypnutí v první třetině programu, (f) četnost úspěšně dokončených léčebných plánů, (g) počet a struktura realizovaných doporučení do dalších zařízení, zejména zajištěné doléčování, (h) katamnestické sledování pacientů/klientů (1, 2, 3 roky). Nezbytný je průběžný rozbor účinných faktorů a komplikací programu a případové práce na poradách a při supervizi.

**Komentář**

Pro zajištění dobrého fungování týmu jsou nezbytná pravidelná týmová setkání. Interní a externí supervize je nezbytnou podmínkou zajištění kvalitního fungování programu. Externí supervize je v současné době opomíjena.

Systematické hodnocení efektivity zajišťuje dobrou analýzu programu a přispívá k jeho zefektivnění. Lze jen doporučit, aby se léčebné programy ve věznicích zapojily do problematiky evaluací

a přípravy evaluačních nástrojů pro léčebná zařízení. Příprava evaluačních nástrojů může být efektivní ve dvou rovinách:

- 1) kvalitní evaluační nástroje umožní zhodnocení stávajících léčebných programů ve věznicích a umožní tak jejich zkvalitňování,
- 2) spolupráce s ostatními typy programů umožní zajištění kompatibility při zhodnocování efektivity a začlenění vězeňských programů do systému péče o uživatele drog.

**4/5****Začlenění léčebných programů ve věznicích do systému péče o uživatele drog**

Pokud chceme uvažovat o systému péče o uživatele drog, musíme vždy daný program v tomto systému zakotvit. V případě jakéhokoli léčebného programu nás zajímá, co bylo před nástupem do léčby, ale také co bude po léčbě následovat. Nejinak tomu musí být i u léčebných programů ve věznicích. V tomto případě bude předchozí péče, respektive návaznost na ni, problematická. Uživatel drog nastupuje především do výkonu trestu odnětí svobody, tudíž jeho umístění do programu je v danou chvíli sekundární. Je však pravděpodobné, že závislý se v předchozí době již s nějakým typem služeb setkal (kontaktní centra, PL, PK, TK, atd.). Tento moment by měl být brán v potaz při sběru anamnestických údajů. Pokud již byla nějaká péče poskytována, je vhodné vyžádat si se souhlasem odsouzeného zprávu z tohoto zařízení. V mnoha případech mohou takto získaná data velmi efektivně doplnit celkový obraz problematiky uživatele drog.

Ještě náročnější otázkou je oblast následné péče, tedy intervencí, které by měly následovat po absolvování léčebného programu. Klinická praxe jasně ukazuje, že kvalitní následná péče má zásadní vliv na celkovou efektivitu léčebného procesu. Problematika následné péče (doléčování) je v ČR nyní klíčovým tématem drogových služeb. Původně byly pod tímto pojmem zařazeny především intervence zaměřené pouze na udržení abstinence (opakovací léčby, posilující pobyty). Současná situace však ukazuje potřebu daleko komplexnější práce se závislými

s důrazem především na oblast sociální a socio-terapeutickou. Návrat závislého jedince do podmínek běžného života je velmi náročný. Vystává zde velká potřeba kvalitní asistence při sociální integraci závislého jedince. Jestliže je cílem léčebného programu práce s motivací závislého k životu bez drog, tedy abstinenci, pak **cílem následné péče je vytváření podmínek pro abstinenci**. Hlavním úkolem je kromě prevence relapsu stabilizace životního stylu. To předpokládá stabilizaci všech oblastí života závislého. Čím je tato stabilizace pevnější, tím více se snižuje riziko relapsu.

V tradičním pojetí léčby problémů způsobených užíváním drog byl léčebný program jaksi izolován od běžného světa. Dochází tak k tzv. „skleníkovému efektu“, kdy návrat do podmínek běžného života s sebou nese velkou zátěž nároků, na kterou nebyl závislý dostatečně připraven. Logicky tak roste riziko relapsu a snižuje se celková efektivita léčebného procesu. Léčebné programy na svobodu proto zahrnují do své struktury komunikaci s „běžným světem“. Uživatel drog již v průběhu léčby řeší různé sociálněprávní otázky, komunikuje se signifikantními osobami (většinou rodina). V tomto případě je pak návrat do normálního života méně stresující. Jedinec pak v následné péči může navazovat na předchozí kroky. Tento fakt má velmi pozitivní vliv na konečné výsledky léčebného procesu.

V případě léčebného programu ve vězení je jasné, že možnosti komunikace s „venkovním“

světem jsou velmi omezené. Tím se samozřejmě zhoršuje výchozí pozice závislého, který se navrácí do života po absolvování léčby. Již samotný pobyt ve vězení je velmi traumatizující zkušeností, kterou je třeba při plánování následné péče, navazující na léčebný program ve vězení, brát na zřetel. Dokument WHO věnovaný drogové problematice ve věznicích (WHO, 2001) zdůrazňuje potřebu kvalitní asistence při návratu odsouzených uživatelů drog do podmínek běžného života. Lze předpokládat, že jejich potřeby následné péče po výkonu trestu budou velmi specifické. V případě závislých, kteří absolvovali léčebný program v rámci výkonu trestu odnětí svobody, je otázkou, jaký typ následné péče poskytovat.

V naší republice jsou často mylně považovány za následnou péči právě terapeutické komunity, které však poskytují léčbu základní. Nejsou vhodným typem následné péče pro závislé odsouzené. Vzhledem k faktu, že terapeutické komunity nabízejí střednědobou a dlouhodobou léčbu, je pobyt v nich často vnímán osobou vracující se z výkonu trestu jako určitě pokračování odnětí svobody. Pokud závislí projdou kvalitním léčebným programem v rámci výkonu trestu, může být pro ně pobyt v terapeutické komunitě krokem zpět v jejich procesu uzdravy. Jsou pak v programech velmi nestabilní a často předčasně program opouštějí.

Další alternativou následné péče jsou specializované programy. Ty jsou buď pouze ambulantní, popřípadě s chráněným bydlením. Chráněné bydlení neboli domy na půl cesty jsou velmi efektivním socioterapeutickým nástrojem v následné péči. Bohužel jejich kapacita je v současnosti v ČR nedostatečná. V případě cílové skupiny léčebných programů ve výkonu trestu se jeví domy na půl cesty jako velmi vhodná služba. Otázkou je, zda-li je tato cílová skupina akceptovatelná ze strany poskytovatelů programů následné péče. Existuje zde zřetelná informační propast. Z ní pak často pramení obavy z této cílové skupiny. Výměna informací mezi oběma stranami by velmi přispěla k vyjas-

nění potřeb této skupiny uživatelů drog a případně modifikaci programů následné péče. Nelze posoudit, jestli současné programy následné péče jsou schopné dostatečně saturovat potřebné intervence u závislých navracějících se z výkonu trestu. Lze tedy jen doporučit realizaci podrobné analýzy potřeb této specifické cílové skupiny a zmapovat možnosti stávajících programů následné péče. Přínosné by mohlo být oslovení programů, které mají již zkušenost s touto cílovou skupinou (např. Doléčovací centrum SANANIM). Bezpochyby by se tento úkol mohl stát jedním z prvních pro pracovní skupiny Vězeňství a drogy, kterou na základě výsledků projektu PHARE a po dohodě mezi GRVS a sekretariátu RVKPP zřizuje GRVS.

Obecně lze říci, že intervence navazující na léčebný program ve výkonu trestu by měly být zaměřeny na podporu návratu závislého do podmínek normálního života s přihlédnutím ke specifickým zkušenostem s výkonem trestu odnětí svobody. Důraz musí být kladen na socioterapii a praktickou pomoc při návratu do normální společnosti. Následná péče by měla spolupracovat se všemi relevantními institucemi (např. PMS, úřady práce atd.), které mají vliv na uživatele drog. Realita návratu uživatele drog do podmínek běžného života je velmi těžká. Je doprovázená frustrací a stresem při hledání zaměstnání, bydlení, řešení dluhů, atd. Je to období, kdy se velmi výrazně zvyšuje riziko relapsu. Proto je vhodné následnou péči plánovat ještě před ukončením léčebného programu.

V úvodu tohoto materiálu byl zmíněn problém špatného časování umístění do léčebného programu. Pokud není ukončení léčebného programu spojeno s reálným propuštěním z výkonu trestu odnětí svobody, je dodržení kontinuity léčebného procesu prakticky nereálné. Následná péče v takovém případě nemůže navazovat na výsledky léčby a podporovat navozené změny. Proces uzdravy je nutné brát jako kontinuální proces změny, který má své fáze. Pokud určitou službu vytrhneme a nezajistíme návaznost, velice snížíme její efektivitu.

## 4/6 Závěr

V kapitole jsme si kladli za úkol předložit první pracovní návrh podkladu pro plánování rozvoje léčebných programů pro závislé v podmínkách výkonu trestu a zapojení těchto programů do systému péče o uživatele drog v rámci České republiky. Cílem je nejenom návrh standardů tohoto typu programu, ale vydefinování možných problematických oblastí. Jedná se o poměrně „mladou“ službu, která má však v zahraničí dlouholetou tradici. Východními materiály pro zpracování kapitoly byly praktické zkušenosti léčebných programů v Rýnovicích a Opavě. V krátkosti se nyní pokusíme vydefinovat možné problematické okruhy.

### Terapeutická komunita ano, či ne?

Jako základní dokument při návrhu standardů pro léčebné programy ve věznicích byly použity Akreditační standardy MZ definované pro terapeutické komunity. Pokud vezmeme terapeutickou komunitu v tradičním pojetí, tak jak tyto programy fungují také v naší zemi i jinde ve světě, narážíme na problém aplikovatelnosti této metody v podmínkách výkonu trestu. V příloze jsou uvedeny účinné faktory terapeutické komunity, tak jak jsou definovány WHO a Světovou federací terapeutických komunit (příloha č. 9). Při podrobnějším studiu těchto faktorů zjistíme, že je nerealné tyto zásady v podmínkách výkonu trestu dodržovat. Léčící se uživatel drog je na prvním místě odsouzen k trestu odnětí svobody, až na druhém místě jsou jeho problémy způsobené užíváním drog. Z toho plynou určité konsekvence pro prožívání uživatele a jeho motivaci v programu setrvat. Zásadním léčebným momentem v terapeutické komunitě je sociální učení. To ve výkonu trestu samozřejmě také probíhá, ale bohužel v negativním směru. Život ve vězení předpokládá jiné hodnoty, než je např. otevřenost a odpovědnost sám za sebe a za druhé. Lze tedy předpokládat (a taková je i zkušenost), že bude velmi narušen proces interakcí a tím i skupinová dynamika, která v normálních podmínkách hraje zásadní roli.

Přestože pro předkládaný návrh byly použity standardy pro TK, došlo k jejich přizpůsobení podmínkám léčebných programů v zařízeních pro výkon trestu. V praktických oblastech činnosti léčebného programu nejsou zásadní rozdílnosti

od TK, ale samotný proces a především jeho dynamika odlišné jsou. Problémem je především celkový kontext, ve kterém léčebný program probíhá. Prostředí vězení a trest odnětí svobody jsou dva klíčové faktory, které ovlivňují dynamiku celého léčebného procesu.

Přesto není namístě rezignovat na metody terapeutické komunity, naopak je žádoucí hledat možnosti aplikovatelnosti těchto komunitních principů v podmínkách věznice. Je logické, že je velmi žádoucí kultivovat prostředí, ve kterém program probíhá, tak aby byl v co možná největší míře snížen jeho negativní dopad na léčebný proces. Je jasné, že se bude jednat o hledání možných kompromisů a možností v rámci výkonu trestu, který je primárním důvodem umístění závislého.

### Cílová skupina

Z materiálů, které jsou k dispozici, se ukazuje, že cílová skupina pro léčebné programy ve výkonu trestu není vždy jasně definována. Za stávajících podmínek léčebných programů sice není přesnější vymezení cílové (indikované) skupiny jednoduché, přesto je velmi důležité a nutné pro zakotvení léčebného programu, volbu vhodných metod práce atd.

Je jasné, že v rámci léčebných programů ve věznicích se v podstatě setkáme se dvěma cílovými skupinami:

- a) skupina odsouzených, kteří si uvědomují svůj problém s užíváním drog a léčebný program chtějí absolvovat, neboť jsou motivováni ke změně svého chování,
- b) druhou je skupina odsouzených s nařízenou ústavní léčbou (i zde samozřejmě bude skupina, která jistou motivaci k léčbě proklamuje, ale vyskytuje se zde část odsouzených, kteří pobyt v léčebném programu absolvují naprosto účelově, druhá část této skupiny může být však k léčbě motivována).

Dalším již zmíněným problémem je, že v případě, kdy program má jasně definovanou přijímací proceduru, není tato procedura vždy dodržována. Na jedné straně stojí jasná snaha plnit rozhodnutí soudu o nařízené léčbě. Na druhou se však léčeb-

ný program vystavuje, v případě současného přijetí velkého počtu uživatelů drog vstupujících do programu pouze účelově, velkým problémům s fungováním celého léčebného procesu.

Jako řešení se nabízí kvalitní analýza struktury závislých, kteří do programu nastupují. Např. Sekce terapeutických komunit při A.N.O. již takřka dva roky pracuje s tzv. předvstupním dotazníkem.<sup>23</sup> Jedná se o nástroj, který je administrován všem žadatelům o tento typ léčby bez ohledu na to, zda-li jsou finálně přijati. Zpracování takto získaných dat poskytuje poměrně dobrý přehled o cílové skupině a umožňuje těmto zařízením pružně reagovat na potřeby cílové populace.

### Kritéria vstupu do léčebných programů

Z návštěvy dvou léčebných programů vyplývá, že ne vždy je proces výběru vhodných adeptů pro program systémový. Je jasné, že vzhledem k povaze situace, ve které závislí do programu přichází, není jednoduché posuzovat adekvátnost jeho motivace. Přesto určitá možnost posouzení indikace daného programu pro jedince velmi výrazně zvyšuje efektivitu celého programu. Tento problém se týká především odsouzených uživatelů drog s nařízenou ústavní léčbou. Ti jsou automaticky zařazováni do léčebných programů, aniž by bylo posouzeno, zda-li jsou pro léčbu vhodní a motivovaní. Kvalitní program může oslovit i uživatele drog, kteří nejsou na počátku příliš motivováni. Přesto lze obecně říci, že efektivita léčby u uživatelů drog léčících se čistě z donucení nebude příliš vysoká a jejich fungování ohrozí chod programu jako takového.

Z výše uvedených důvodů bude vhodné lépe vydefinovat vstupní kritéria do programu a zkvalitnit diferenciální diagnostiku. V současné době není používán žádný standardní postup ani nástroj pro provádění vstupní diferenciální diagnostiky. Jednotlivé programy v podstatě používají své vlastní postupy. Základem je zhodnocení profilu uživatele drog v oblastech jako je: **zdravotní stav, sociálněprávní problémy, historie užívání návykových látek, psychický stav, psychiatrická komorbidita a rodinné zázemí.**

### Kontinuita a následná péče

V materiálu je diskutována problematika následné péče a její návaznost na léčebné programy ve

věznicích. Je důležité zdůraznit potřebu plánování léčby tak, aby bylo její zakončení v ideálním případě časově spojeno s ukončením výkonu trestu. V opačném případě je práce s motivací závislého v léčbě velmi problematická.

Zcela chybí znalost potřeb uživatelů drog, kteří opouštějí léčebné programy ve věznicích. Je zřetelná informační propast mezi těmito programy a zařízeními následné péče. Jasně vydefinování potřeb uživatelů drog opouštějících výkon trestu, v jehož rámci absolvovali léčebný program, přispěje k zajištění kontinuity péče a tím ke zvýšení její efektivity. Je třeba, aby nejen léčebné programy ve věznicích shromažďovaly informace o možnostech následné péče, ale i programy následné péče lépe informovaly o jimi nabízených službách.

### Spolupráce s ostatními typy služeb

Již byla zmíněna určitá informační propast mezi zařízeními existujícími ve věznicích a zařízeními mimo ně. Jako velmi přínosná a žádaná se jeví spolupráce s ostatními typy programů. Jako první se nabízí spolupráce s terapeutickými komunitami, kdy může docházet k významné výměně zkušeností. Dobrou příležitostí může být spolupráce se Sekcí terapeutických komunit při A.N.O., která v současné době sdružuje většinu poskytovatelů tohoto typu péče (12 terapeutických komunit).

Další možnou skupinu tvoří programy následné péče. Tato spolupráce může mít velký vliv na zkvalitnění následné péče pro klienty opouštějící léčebné programy ve výkonu trestu. I zde může být vhodnou platformou pro spolupráci Sekce intenzivní ambulantní a následné péče při A.N.O. Důležitá je však i spolupráce s tradičními zařízeními pro léčbu problémů způsobených užíváním drog, jako jsou psychiatrické léčebny a AT ordinace. Doporučit lze navázání užší spolupráce se zástupci Společnosti pro návykové nemoci při České lékařské společnosti JEP (SNN ČLS JEP).

V zásadě platí, že prioritním úkolem pro léčebné programy ve věznicích by mělo být jejich zapojení do služeb v rámci systému péče o drogově závislé. To umožní zajištění kontinuity péče a ve výsledku zvýšení efektivity konečných výsledků.

<sup>23</sup> Jedná se o jednoduchý dotazník, který vyplňuje žadatel o léčbu sám.

## Literatura

- Kalina, K. et al. (2001). Akreditační standardy pro zařízení a programy poskytující odborné služby problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách v působnosti MZ. Verze 5. MZČR, Praha.
- Kalina, K. (2002). Standardy a akreditace služeb pro problémové uživatele drog a drogově závislé v České republice. Příloha č. 3/4/1 Závěrečné zprávy č. 3/4 PHARE Twinning Project „Drug policy, pracovní skupina Akreditace. Sekretariát RVKPP, Praha.
- Kalina, K. et al. (2002). Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující odborné služby problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách, verze 6, revize 2002. Příloha č. 3/4/2 Závěrečné zprávy č. 3/4 PHARE Twinning Project „Drug policy, pracovní skupina Akreditace. Sekretariát RVKPP, Praha.
- Metodické opatření č. 9 MZ ČR (1998). Věstník MZ ČR, částka 7, červen 1998.
- Prisons (2001). *Drugs and Society*. WHO 2001.
- Rauchflesich, U. (1999). *Doprovázení a terapie delikventů*. Albert, Boskovice.
- Výroční zpráva EMCDDA za rok 2001 (2002). EMCDDA, Lisabon.
- Standardy kvality sociálních služeb (2002). MPSV, Praha.
- Sběrka nařízení generální ředitelky Vězeňské služby České republiky, nařízení č. 49 (2001). Nařízení č. 49, kterým se stanoví pravidla pro zřizování a činnost bezdrogových zón ve vazebních věznicích a věznicích. GRVS, Praha.
- Soubor protidrogových opatření ve výkonu vazby a trestu odnětí svobody na léta 2001–2004 (2001). Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, č.j.: 130/165/2001. Přijato 29. 3. 2001. GRVS, Praha.



**5** NESTÁTNÍ NEZISKOVÉ ORGANI-  
ZACE V DROGOVÝCH SLUŽBÁCH  
VE VĚZNICÍCH A VAZEBNÍCH  
VĚZNICÍCH

**Olga Škvařilová  
Jiří Richter**

## Abstrakt

Autoři přinášejí v textu obecné i konkrétní poznatky, zkušenosti a úvahy týkající se systémového zabezpečení prevence, péče, léčby a ochrany před užíváním drog (vč. prevence HIV/AIDS) v systému našeho vězeňství. Zvláštní pozornost věnují zapojení a spolupráci NNO při realizaci protidrogové strategie. Představují krátký popis stavu spolupráce mezi věznicemi a NNO v České republice. Na příkladech programů v některých zemích EU ilustrují široké spektrum možností, které v ČR nejsou doposud využívány. V příspěvku je důraz kladen na nezbytnost aplikace multidiscipli-

plinárního přístupu k užívání drog a jeho dopadů a na nezbytnost zapojení externích odborníků, integrovaných do systému prevence a léčby. Významným aspektem podílu externích pracovníků na drogových programech ve věznicích je dobrá zkušenost v několika existujících programech a ověření funkčního modelu spolupráce s interními pracovníky věznic. Kromě popisu různých rovin spolupráce je předloženo několik zásadních návrhů na zlepšení současného stavu, včetně doporučení pro budoucí vývoj této oblasti v ČR.

**Klíčová slova:** uživatelé drog – věznic – prevence – léčba – návaznost služeb – systém drogových služeb – spolupráce.

### Moto:

*„Domníváme se, že v naší společnosti a dokonce ani mezi profesionály není dostatečně vnímána a přijímána skutečnost, že by mohlo být v našem vězeňském systému učiněno mnohem více pro prevenci, snižování rizik souvisejících s užíváním drog a léčbu těch, kteří jsou závislí. Jsme přesvědčeni, že je i nedostatečně vnímáno, že podpora a propagace zdraví ve vězení může významně přispět k efektivitě národní strategie zaměřené na drogy.“*

Většina vyspělých zemí, ale nakonec i léčebný systém budovaný NNO v ČR dnes v oblasti prevence a léčby uplatňují model multidisciplinárních týmů (tj. profesionálů z různých oblastí). Významné a běžné je také využívání externích odborníků. Ti jsou v programech integrováni ať již za účelem konzultační činnosti pro terapii či supervizi, nebo za účelem rozšíření spektra podpůrných programů mimo rámec zajištěný interními odborníky. Tento typ organizační struktury a zabezpečení prohlubuje vazbu mezi vězením a komunitou a pomáhá zajistit kontinuitu léčebné péče. Přitom se nejedná pouze přímo o osoby ve výkonu vazby a trestu, ale také o odsouzené opouštějící vězení. Významná je také dosavadní zkušenost, že externí odborníci z NNO mohou vhodně poskytnout a „garantovat“ důvěřnost vůči klientům, kteří často nedůvěřují vězeňským strukturám a zaměstnancům, a to někdy i v otázkách odborné péče.

Napříč evropskými zeměmi panuje víceméně konsensus, že úzká spolupráce vězeňských programů a programů založených na komunitní bázi výrazně usnadňuje dialog a lépe pomáhá zajistit potřebnou následnou péči a kontinuální služby pro osoby léčící se ve vězení z drogové závislosti. Výše uvedené lze charakterizovat jako „celostní“ přístup.

V obecné rovině lze jistě konstatovat, že vězení je prostředím, kde se sociálněpatologické jevy kumulují. Z penitenciárního hlediska znamená drogová závislost jedince jednak zdravotnický a psychologický problém, ale také zvýšené riziko selhání výchovného působení a v neposlední řadě riziko recidivy trestné činnosti. Spektrum drog užívaných ve věznicích se, až na výjimky, mění plně v souladu s trendy v civilním prostředí, pouze vždy s určitým opožděním. Tyto trendy se ve vězeňském prostředí samozřejmě modifikují podle místních podmínek, zdrojů a účinnosti preventivních, ale zejména represivních, opatření prováděných vězeňským personálem a vhodnosti či výkonnosti preventivních programů.

Výše uvedené potvrzují také statistické údaje (viz přehled stavu užívání drog prezentovaný v první kapitole sborníku). Důležitou roli zde hraje i skutečnost, že řada informací, které v tomto příspěvku dále používáme, pochází z naší vlastní práce či práce dalších kolegů z NNO, pohybujících se ve věznicích. Nejedná se pouze o informace od klientů a nečiníme si právo tyto

informace jakkoliv zobecňovat. Nicméně lze konstatovat, že se tyto naše zkušenosti a informace od našich klientů často rozcházejí s oficiálními údaji. Může se také jednat o nedostatek ověřených vědeckých (a nezávislých) studií. Považujeme tento stav spíše za potvrzení potřeby podpory a rozvoje nezávislých studií a výzkumů.

Současná situace ukazuje na velkou podobnost rozsahu, kvality a vzorců problémů souvisejících s užíváním drog v našich věznicích se zkušenostmi a ověřenými modely intervencí (služeb) relizovanými v zemích EU. Domníváme se tedy, že by bylo chybou těchto zahraničních zkušeností

nevyužít. Proto také velkou část příspěvku věnujeme informacím a zkušenostem členských zemí EU. Jsme si současně vědomi skutečnosti, že tyto modely nelze přijmout okamžitě a bezvýhradně. Jejich případné přizpůsobení našim specifickým podmínkám, historickému vývoji a aktuálním společenským limitům a omezením je pro efektivitu služeb i opatření naprosto zásadní. Nicméně naši nespornou výhodou je dnes již velké množství dostupné odborné literatury, vycházející z dlouholetých zkušeností a pozitivních výsledků dosažených v této oblasti, publikované respektovanými institucemi (např. WHO, EMCDDA, Group Pempidou Council of Europe, ENDASP, NIDA atd.).

## 5/1

**Krátký přehled situace v zahraničí**

## 5/1/1

**Politika EU zaměřená na snižování poptávky ve věznicích<sup>1</sup>**

Současná opatření a strategie uplatňované v EU v oblasti snižování poptávky ve věznicích obsahují převážně odrazování od užívání prostřednictvím zvýšené kontroly, jako například prohledávání cel, náhodné testování kombinované se sankcemi atp. Na straně druhé však v konfrontaci s neustále narůstajícím počtem uživatelů drog zřizují vězenské systémy v EU specializovaná oddělení (např. v Nizozemí), centralizují ve vybraných věznicích specifické drogové služby (Irsko a Rakousko) nebo „importují“ odborné služby v oblasti péče a léčby závislosti od externích drogových organizací.

Od roku 1995 zaznamenáváme ve vězeňském systému významnou expanzi služeb pro uživatele drog (Ambrosini, 2001) a stejně tak i opatření týkajících se prevence přenosu infekčních onemocnění. Přesto zůstávají věznice, ve srovnání s programy rozvíjenými pro závislé mimo vězeňský systém, vždy významně opožděny. Stávající nabídka služeb v oblasti péče a léčby nedopovídá také potenciální potřebě, předpokládající, že téměř 30 % uvězněných drogy s nějakou pravidelností užívá.

## 5/1/2

**Léčba a péče o uživatele drog**

Zdravotní služby ve věznicích jsou tradičně prováděny především zaměstnanci věznic. Nicméně vězeňské systémy napříč zeměmi EU vykazují právě v oblasti prevence a léčby užívání drog dobré zkušenosti s větší mírou služeb a intervencí zajišťovaných externími odborníky. Úsilí o adekvátní zdravotní a sociální péči ve věznicích i mimo ně (Rada Evropy 1993; WHO 1993) přivedlo např. Francii (1994), Itálii (2000) k zákonitému posunu této zodpovědnosti na ministerstvo zdravotnictví a tím pře-

nesené na místní a regionální poskytovatele zdravotních a sociálně zdravotních služeb. Konkrétní dohody o spolupráci mezi trestněprávním systémem a veřejnými či nestátními poskytovateli služeb byly realizovány v Irsku a Portugalsku (1999), Španělsku, Skotsku a Anglii (2000) s cílem zvýšit kvalitu a dostupnost péče o uvězněné uživatele drog.

V dnešní Evropě hrají externí specialisté a jimi zajišťované služby významnou roli. Nicméně je

<sup>1</sup> Převzato z Výroční zprávy EMCDDA za rok 2001 (EMCDDA, 2002).

třeba říci, že se rozsah a úroveň služeb v zemích EU velmi různí. Zaznamenáníhodnou výjimkou z pohledu pokrytí jsou: Skotsko, kde je v každém vězení „drogový poradce“.<sup>2</sup> Dále Španělsko, kde jsou drogové služby dostupné v 71 ze 73 věznic, Švédsko, kde byla v roce 2000 třetina předpokládaných uživatelů zařazena do strukturovaného programu, a anglický Wales, kde od roku 1999 mají všechna vězení specializované externí týmy v systému nazývaném CARAT.<sup>3</sup> Ve Skotsku ještě navíc může odsouzený absolvovat po propuštění 12týdenní následnou péči (doléčovací program), který je zaměřený na usnadnění jeho návratu do společnosti.

Mezi služby poskytované externími pracovníky patří zejména: primární prevence, poskytování

informací a vzdělávání, motivační programy a příprava na propuštění na svobodu včetně navázání na následné služby (léčba či následná péče). V Belgii a Řecku jsou NNO dokonce výlučnými poskytovateli drogových služeb ve vězeních. V Německu se počátek práce externích drogových služeb datuje dokonce od roku 1980. V roce 2000 poskytovalo v německých vězeních své služby více než 350 drogových poradců, nicméně pokrytí těmito službami je různé v rámci federace. Španělská Národní drogová strategie definuje účast externích specialistů v oblasti drogových služeb jako jednu z klíčových priorit. Ta je realizována zejména prostřednictvím víceletých plánů spolupráce mezi konkrétní věznicí a NNO. Aktuálně je více než polovina těchto služeb (GAD)<sup>4</sup> obsazována externími specialisty z NNO.

## 5/1/3 Spektrum služeb zajišťovaných NNO

Tištěné informační materiály o drogách, závislosti, rizicích a souvisejících infekčních onemocněních jsou více či méně dostupné ve většině vězení v EU, nicméně systematické a opakující se preventivní aktivity jsou spíše výjimečné. Často závisí na iniciativě pracovníků externích služeb nebo individuální iniciativě pracovníků věznic.

Detoxifikace je většinou nabízena prostřednictvím zdravotních služeb poskytovaných vězením v rámci speciálních detoxifikačních oddělení, nicméně standardy kvality a metodika zde často chybí. V některých zemích jsou externí agentury také přímo zapojeny do provádění a poskytování dlouhodobé léčby. Jako příklad lze uvést malé intramurální programy v Dánsku a Norsku, tzv. „model importu“, a dále substituční programy ve Španělsku, Francii a Itálii. Jako dobrý příklad lze také uvést Španělsko, kde vysokého pokrytí věznic specializovanými drogovými službami bylo dosaženo právě prostřednictvím masivního zapojení externích služeb.

Devět zemí EU má ve svých vězeních strukturované abstinenci orientované programy. Některé ze zemí využívají modelu motivačních programů. Absolutní počet míst je však ve specializovaných

drogových programech často, ve srovnání s předpokládaným počtem uvězněných s drogovým problémem, velmi nízký. S výjimkou Řecka a dvou spolkových zemí Německa (Bavorsko a Bádén-Württenbersko) jsou substituční programy dostupné ve všech zemích EU. Nicméně i v zemích, kde existuje vysoké pokrytí drogové populace substitučními programy, aplikují věznicové často pouze detoxifikační schéma. Například ve věznicích v Německu a Nizozemí je pokryto přibližně 1-4 % (Stöver, 2001; WIAD-ORS, 2001) oproti předpokládanému pokrytí 30 až 50 % vně vězeňského systému. Většina koncepcí (systémů, strategií) jednotlivých věznic indikuje léčbu pouze při výkonu krátkých trestů, dále pro těhotné uživatelky drog a pro uživatele s dlouhou drogovou kariérou nebo při těžkých mentálních či fyzických problémech. Inicivace substituční léčby ve vězení je stále ještě neobvyklá, a to i přes skutečnost, že je legální a legitimní součástí zdravotnických systémů ve většině zemí. Významnou výjimkou z tohoto pohledu je Španělsko, kde míra pokrytí substitučními programy (uvnitř a vně vězeňského systému) je víceméně totožná.

Deset zemí EU aplikuje opatření nazývané „drug free units“ (bezdrogové zóny). Existují však různé

<sup>2</sup> Drug counsellor (drogový poradce): odborník s definovaným speciálním vzděláním a zkušenostmi v oblasti závislosti.

<sup>3</sup> CARAT (Counselling, Assessment, Referral, Advice and Throughcare Services): poradenství, zhodnocení a plánování, reference (diferenciálně diagnostický filtr), doporučení a návaznost služeb.

<sup>4</sup> GAD (Addiction Care Services): služby péče a léčby o uživatele a závislé.

modely tohoto programu. Účelem některých z nich tak není pouze ochrana vězňů před nabídkou drog, ale také poskytování léčby. Zajímavé je, že vězňové zařazení do metadonové substituce

jsou často pro tato bezdrogová oddělení neakceptovatelná, přestože dle MKN-10 mají být pacienti v substituci (neužívají-li kromě substituční látky jakoukoli jinou drogu) nahlázeni jako abstinující.

## 5/1/4 Prevence infekčních onemocnění

Prevence krví přenosných nemocí v průběhu uvěznění se dnes stává prioritou pro většinu vězeňských systémů v EU. K tomu mj. přispívá také výrazný nárůst zdravotních nákladů na farmaceutické přípravky (např. interferon atd.) užívané v léčbě infekcí majících souvislost s užíváním drog.

Většina zemí EU dnes následuje cíle, které jsou definovány základními principy a specifickými doporučeními stanovenými WHO v „Směrnici pro infekci HIV a AIDS ve vězeních“ (Guidelines

on HIV infection and AIDS in prison, WHO 1993).<sup>5</sup> Některá z opatření zaměřených na snižování rizik (risk reduction) jsou dodnes stále obtížně realizovatelná. Narážejí jak na problémy způsobené politizací problému, tak někdy také na odmítání ze strany zaměstnanců věznic, kde bývají často vnímána jako neadekvátní pro toto prostředí. I když se pokrytí a implementace doporučení a principů WHO ukazuje v řadě zemí stále jako nedostatečné, je zřetelné, že za posledních několik let byl v této oblasti učiněn významný pokrok.

## 5/1/5 NNO jako poskytovatelé služeb uživatelům drog v EU

V období přibližování se EU a její protidrogové politice považujeme za nutné jako součást popisu současného stavu učinit alespoň dílčí srovnání se stavem drogové situace a služeb určených uživatelům drog ve vězení v zemích EU a všimnout si podílu NNO na těchto službách. Výchoziskem pro další popis nám jsou:

- oficiální dokumenty EU v oblasti drog (výroční zprávy EMCDDA a studie v této oblasti),
- dlouhodobá tradice a zkušenost NNO s poskytováním služeb uživatelům drog v EU,
- dokumenty publikované výzkumnými evropskými institucemi, které se zabývají drogovou problematikou.

Nestátní neziskové organizace, které provozují v zemích EU služby zaměřené na uživatele drog, mají v této oblasti za sebou od 60. let 20. století dlouhý vývoj. Nejdříve se jednalo především o léčebná zařízení typu terapeutických komunit. Později (od počátku 80. let), v souvislosti s rozšířením nákazy virem HIV a nemoci AIDS, se začaly NNO zaměřovat také na oblast harm reduction a staly se významnými poskytovateli služeb zaměřených na redukci rizik a škod způsobených zneužíváním drog v oblastech zdravotní i sociální.

V mnoha zemích se NNO staly výhradními poskytovateli těchto služeb v rámci veřejného zdravotnictví a sociálních služeb.

Od 90. let 20. století jsme svědky dalšího významného vývoje v protidrogové politice zemí EU, který se projevuje větším důrazem na souvislost kriminality ve společnosti a zneužíváním drog. V souvislosti s tímto vývojem dochází v evropském vězeňství k rozvoji specifických služeb, které jsou zaměřeny na uživatele drog. Do tohoto procesu se od počátku zapojují a jsou přizvány NNO a vytvářejí širokou nabídku poradenských a terapeutických programů. V některých zemích se tyto organizace stávají rovněž významnými činiteli ve vytváření metodiky těchto služeb. Dochází k rozvoji do té doby nebyvalé spolupráce mezi věznicemi a NNO. Jako příklad nám může posloužit Velká Británie. Páteří „drogových týmů“, které ve věznicích operují v rámci systému CARAT, jsou drogoví pracovníci NNO. Ti kromě jiného stanovují diagnózu a následně ve spolupráci s klientem rozhodují, jaký typ péče či léčby bude, vzhledem k potřebám klienta, vhodný a adekvátní. Takto „zachycený“ klient má možnost pokračovat ve využívání určitého typu dro-

<sup>5</sup> Doslovný překlad těchto směrnic je ve druhé kapitole sborníku.

gových služeb nejen ve vstupní věznici, ale při jakémkoliv přesunu a samozřejmě také po propuštění. Jednou z nejvýznamnějších organizací v této oblasti jsou Cranstoun Drug Services (Fox, 2000; EMCDDA, 2001).<sup>6</sup> Tato organizace spolupracuje v současnosti s 37 věznicemi ve Velké Británii a významně se tak podílí na řešení drogové situace ve vězeních.

### Zkušenosti z počátků působení NNO ve věznicích v zahraničí

Poměrně bohatá škála a objem služeb poskytovaných dnes externími organizacemi a NNO má své kořeny již v době vzniku NNO a jejich etablování na „trhu“ zdravotních a sociálních služeb. To je mj. dáno mnohými výhodami spojenými se způsobem práce, postavením a statutem těchto organizací. Jako velmi užitečná se ukázala například jejich schopnost přenášet nejnovější poznatky a trendy v léčbě, mnohem větší možnost navázání důvěry, efektivita programů a intervencí atd. To vše mělo za následek zlepšení a zkvalitnění vězeňské péče, zvýšení efektivity, které by nebylo možné bez pomoci právě těchto externích profesionálů.

Jako jeden z mnoha příkladů lze uvést např. velmi konzervativní Německo, kde vytvoření vysoce specializovaného a profesionálního léčebného systému na konci 70. let přineslo značné navýšení nákladů, nicméně bez výrazných úspěchů. Justiční a policejní autority reagovaly na příchod externích poradců různě, zejména pokud tito přicházeli z vlastní iniciativy a nečekali, až budou věznicemi vyzváni. Pro řadu vězeňských pracovníků znamenala aktivita externistů primárně novou zátěž a přerušování jejich rutiny (předvádění a odvádění vězňů na poradenská sezení, uvádění poradců do vězení atd.). Navíc vězeňští sociální pracovníci a psychologové jim často záviděli vyšší stupeň nezávislosti na justičním systému a projevovali vůči nim rivalitu. Na základě těchto problémů pak justiční a policejní autority vypracovaly nový přístup, v němž externím poradcům navrhli větší integraci, vyšší status a přístup k dokumentaci (např. do osobního spisu odsouzeného). Mnoho věznic přijalo tyto externisty s otevřenou náručí a vycházelo jim vstříc i nad rámec jejich požadavků. Získali více možností pohybovat se po věznici, místnost pro konzultace a zpracování dokumentace atd. Řada těchto poradců trávila celé pra-

covní dny ve věznici, i když byli zaměstnanci jiné instituce (Drug abusers in prison, 1990).

### Strategie a postoje

V jednotlivých vyspělých zemích světa můžeme také najít značně odlišné postoje k řešení drogové problematiky obecně, což se pak promítá i do oblasti vězeňství.<sup>7</sup> Tato skutečnost naznačuje, že řešení drogového problému ve vězení není ani ve vyspělých zemích uzavřeným tématem s jasnou, definitivní koncepcí. V posledních letech jsme naopak svědky toho, že se vyvíjí celá řada nových metod řešení a otevřeně se zkouší experimenty dříve zcela nepředstavitelné. Pravdou však je, že mnohé tyto „pilotní projekty“ či experimenty dnes již podléhají přísné vnější kontrole a hodnocení. Výhodou takového přístupu je, že se v poměrně krátké době dá vyhodnotit účinnost, výkonnost a adekvátnost těchto projektů a opatření. Obecně lze trendy shrnout do několika základních bodů:

- služby a nebo drogoví pracovníci jsou často z NNO,
- spolupráce s dozorcí a jejich zapojení do drogových programů,
- aplikován je multidisciplinární (nikoli pouze medicínský) přístup,
- vězeň není stigmatizován tím, že užíval drogy a také při relapsu nemusí hned následovat trest,
- služby jsou navrhované tak, aby odpovídaly cílům strategie, potřebám klientů a rozsahu problému.

Diferencovanost strategií a postojů v oblasti prevence léčby užívání drog ve věznicích lze sledovat i například v britské a skotské strategii.

**Britská strategie** („Tackling Drugs to Build a Better Britain“) byla vytvořena na období 10 let 1998–2008.<sup>8</sup> Na 6. britské konferenci pro drogové pracovníky ve vězení uspořádané v Londýně ve dnech 24. – 25. 9. 1998 vytyčil ministr pro vězení britské vlády George Howarth M.P. 3 hlavní priority této strategie:

- zajištění dostupnosti dobrovolných testů všem vězňům chtějícím prokázat, že jsou čisti (drug free),
- expanzi poradenství a intenzivnějších léčebných programů ve vězení – důraz na potřeby mladých a mladistvých (návržnost po propuštění),

<sup>6</sup> Další informace na: [www.cranstoun.org](http://www.cranstoun.org).

<sup>7</sup> Od značně represivních přístupů v USA po pragmatické přístupy v Nizozemí či Švýcarsku.

<sup>8</sup> Pro první tři roky měla VS k dispozici „extra“ 76 milionů liber mimo své běžné fondy.

- větší rozlišení mezi drogovými dodavateli a uživateli a mezi drogami více a méně škodlivými.

Klíčovými prioritami **skotské drogové strategie** jsou zkvalitnění péče o uživatele drog dostupné ve vězení, dále redukce nabídky drog ve/kolem vězení (užití nových technologií a informačních systémů), podchycení maximálního počtu uživatelů drog ve vězení a poskytování péče reagující na jejich potřeby, spolupráce s jinými organizacemi (pro celistvý přístup k problému), ustanovení drogového koordinátora v každé věznici (pro každodenní řešení tohoto problému) a navýšení finančního rozpočtu. Dalšími oblastmi priorit je spolupráce s rodinami uvězněných, s drogovými organizacemi (většinou NNO), s trestněprávním systémem (policie, prokurátoři, probace) a se zdravotnickým systémem.

Konference „Vězení a drogy“ v roce 1998 v Oldenburgu (které se mj. zúčastnila řada zaměstnanců VS, lékařů ve vězení, manažerů i personál NNO, soc. pracovníci atd.) došla ke shodě na několika základních principech v přístupu k uživatelům drog ve věznicích a na strategiích s tím spojených. Společné Memorandum, které je dnes přijímáno jako výchozí materiál Evropské sítě drogových služeb ve vězení (ENDASP), definuje jako základní oblasti působení (Prisons and drugs, 1998): harm reduction, léčbu v bezdrogových zónách, substituci a peer podporu.

### Služby, přístupy

Některé z programů rozvíjejících a realizujících principy harm reduction existují spíše v rovině experimentálních a pilotních projektů (např. výměnný program). Jiné se postupně stávají stabilní součástí drogových programů ve vězení (metadonová substituce, informační materiály atd.). Výměnný program byl zaveden v některých věznicích v důsledku rozšíření HIV nákazy.

Základní principy pro poskytování tohoto typu služeb jsou: dostupnost služeb, rovnocennost, návaznost a spolupráce, vzdělávání a výcvik, monitorování a zhodnocení.

Uvádíme zde tři příklady praktikující tento přístup:

*HMP Holloway*: počet osob k 17. 8. 1999 byl 419 dospělých a 82 mladistvých. Celkový počet v Británii byl 53 236 dospělých a 11 293 mladistvých. Projekt D2 má za cíl vytvořit podpůrné a důvěrné prostředí, kde mohou ženy řešit své problémy spojené s drogovým a/nebo alkoholovým zneužíváním (cca 20 žen na oddělení). Realizuje se speciální 12týdenní program, kde je prvních 6 týdnů prováděna intenzivní rezidenční péče. Denně mimo víkend 2 skupiny zaměřené na harm reduction, uvědomování si drogového či alkoholového problému, prevence relapsu atd. Dalších 6 týdnů běží program následné péče. Část klientů zůstává pro peer programy, ostatní docházejí několikrát týdně na skupinu.

*HMP Shorte*: má kapacitu 462 míst. Cílem je redukce drog, poptávky a zdravotních rizik atd. Nabízí služby jako poradenství, program prevence relapsu, detox, vzdělávací program o drogách, alkoholu, HIV/AIDS a hepatitidách, krizovou intervenci, rodinné poradenství a rodinnou skupinu, akupunkturu, program před propuštěním atd. (dozorci jsou speciálně trénovaní pro první kontakt s vězni vyžadujícími „Addiction unit“).

*CARAT*<sup>9</sup>: je systémem, který má sjednotit postupy vůči klientům ve vězení s drogovým problémem, zkvalitnit spolupráci zainteresovaných odborníků (multidisciplinární tým) včetně návazností při přesunu nebo propuštění, zvýšit efektivnost péče o drogové klienty atd. Tento typ programu nabízí a poskytuje britská NNO Cranstoun, působící ve většině věznic v Anglii a nyní již také ve Skotsku

## 5/2 Situace v České republice

Výsledky screeningu drog ve věznicích ČR dokazují pozvolný nárůst počtu pozitivních osob (podrobněji viz první kapitola). I přes veškeré úsilí a opatření vězeňské služby směřující ke snížení

nabídky a zamezení vniku drog do tohoto prostředí se drogy do vězení dostávají různými cestami. Proto musíme i zde počítat s jejich uživateli. Existující rozdíl mezi skrytou populací uživate-

<sup>9</sup> Program běžící od podzimu 1999. CARAT: Counseling, Assessment, Referral, Advice and Throughcare.

lů drog a evidovanými počty obecně nás logicky vede k předpokladu existence skryté populace i ve vězeňském prostředí. Skutečný počet uživatelů drog tak může i několikanásobně převyšovat

registrované uživatele. Tento předpoklad nám neformálně potvrzují i konzultace s klienty jak ve vazbě, tak zejména ve výkonu trestu.

## 5/2/1 NNO v České republice na poli prevence a léčby užívání drog

V České republice se služby NNO, které reagují na potřeby uživatelů drog i na potřeby společnosti ohrožené tímto problémem, rozvíjejí od počátku 90. let 20. století podle podobného scénáře jako v zemích EU. Vývoj služeb se profiluje podle vývoje drogové scény a také podle zakázky ze strany státu (tedy podle formulované národní protidrogové strategie). Vzniká síť léčebných zařízení, která nabízejí krátkodobou, střednědobou a dlouhodobou léčbu, a to v ambulantní i rezidenční podobě. Zároveň vznikla díky aktivitám NNO, které pracují v drogové oblasti, síť K-center (nizkoprahová kontaktní centra pro uživatele nelegálních drog), která nabízejí širokou škálu programů harm reduction. Do všech těchto zařízení přicházejí také klienti v konfliktu se zákonem nebo ti, kteří mají za sebou pobyt ve vězení. Na tuto skutečnost reagují některé NNO větším zaměřením na trestněprávní oblast, vytváří se spolupráce s ustavenou PMS a také s jednotlivými věznicemi.

V České republice se v praxi doposud intenzivní spolupráci mezi nestátními neziskovými organizacemi a Vězeňskou službou ČR nepodařilo zavést. Ačkoliv zákony tuto praxi umožňují (viz dále), nebyla často ochota ze strany příslušných orgánů dát těmto zákonným možnostem prostor. Stejně tak k tomuto stavu přispíval velmi malý zájem ze strany samotných NNO. V nadsázce se z našeho pohledu vězeňský systém jeví jako jakýsi uzavřený „stát ve státě“. Při prvních kontaktech s NNO se v oblasti spolupráce chovají opatrně a s jistou nedůvěrou, kterou je nutné po určité

dobu překonávat kvalitou poskytovaných služeb a celkovou profesionalitou. To samozřejmě od NNO vyžaduje velké nasazení a trpělivost. Zkušenost ukazuje, že rychlost sblížení a vybudování vzájemné důvěry je do značné míry dána také osobou ředitele věznice. Velmi záleží na tom, jak se staví k drogové problematice osobně.

V Souboru protidrogových opatření ve výkonu vazby a trestu odnětí svobody na léta 2001–2004 Generálního ředitelství Vězeňské služby ČR (GRVS, 2001) není žádná konkrétní zmínka o možnosti spolupracovat či doporučení ke spolupráci s NNO na regionální či státní úrovni. To vnímáme jako alarmující. Jedinou „skulinkou“, přes kterou se podařilo navázat spolupráci s některými věznicemi (Vazební věznice Brno a Věznice Kuřim), je část C tohoto Souboru opatření. Oficiální zprávy o drogové situaci ve věznicích se liší od neoficiálních informací, které se k nám dostávají od klientů, kteří se z vězení vrací nebo se kterými ve vězení pracujeme. Díky některým medializovaným kauzám, např. z věznice ve Vlnařicích na začátku tohoto roku (leden–únor 2003), se téma začíná více otevírat a komunikace se zlepšuje.

Velkou roli v navázání kontaktu a zahájení intenzivnější spolupráce s VS sehrál projekt PHARE díky vytvoření pracovní skupiny Vězeňství, mezi jejímiž členy měly NNO své zástupce. Jedním z hlavních výstupů z roční práce této skupiny bylo i doporučení k pokračování a prohlubování této spolupráce (podrobněji kapitola 1.5.).

## 5/2/2 Legislativní rámec: přehled zákonů a vyhlášek umožňujících působení NNO ve věznicích

Níže uvedené zákony a vyhlášky upravují možnost spolupráce NNO s orgány činnými v trestním řízení,

a to jak ve fázi předzodpovědné, tak porozodpovědné. Dále vymezují podmínky vstupu a působení externis-



tů a NNO ve věznicích. Ve vazebních věznicích je tento prostor vymezen zejména pro poskytování sociálních služeb, ve věznicích pro výkon trestu odnětí svobody je dán prostor pro zapojení do vytváření a realizování speciálně výchovných a zájmových aktivit. Zde je tedy dán prostor pro poskytování odborných služeb v oblasti prevence a léčby poruch a onemocnění způsobených užíváním drog. Jako nedostatečně ošetřené se nám jeví předávání informací mezi vězeňskou službou a pracovníky NNO, zejména v podmínkách vazební věznice.

#### **Zákon č. 141/1961 Sb., o trestním řízení soudním (TZ), § 3 a 6, spolupráce se zájmovými sdruženími občanů**

§ 3 odst. (1) „...zájmová sdružení občanů mohou působit při zamezování a předcházení trestné činnosti způsobem uvedeným v tomto zákoně. odst. (2) Zájmová sdružení občanů mohou spolupůsobit při výchově osob, u nichž soud rozhodl o podmíněném upuštění od potrestání s dohledem, nebo jejichž trestní stíhání bylo podmíněně zastaveno, u podmíněně odsouzených, podmíněně odsouzených k trestu odnětí svobody s dohledem a podmíněně propuštěných, pomáhají také vytvářet podmínky, aby odsouzený žil po vykonání trestu řádným životem.

§ 6 odst. (1) Zájmové sdružení občanů může nabídnout převzetí záruky (viz dále písm. A-C). odst. (2) Zájmové sdružení občanů může také navrhnout, aby vazba u obviněného byla nahrazena jeho zárukou,... odst. (3) Zájmové sdružení občanů, které převzalo záruku, je povinno působit na obviněného či odsouzeného, aby žil řádným životem, a k tomu přijmout potřebná opatření.

#### **Zákon č. 169/1999 Sb., o výkonu trestu odnětí svobody**

§ 43 Účast církví, zájmových sdružení občanů, NNO a dalších orgánů a institucí na naplňování účelu trestu...

#### **Vyhláška Ministerstva spravedlnosti č. 345/1999 Sb., řád výkonu trestu odnětí svobody**

§ 36 Realizace programů zacházení odst. 5 písm. a), b), c) a odst. 6, § 73, § 74 a § 75 Účast zájmových sdružení občanů a nevládních organizací.

§ 74 Zájmová sdružení občanů a nevládní organizace působící v souladu s právními předpisy se mohou podílet na naplňování účelu výkonu trestu zejména těmito formami:

- a) individuálními návštěvami odsouzených,
- b) prováděním přednášek a besed, popřípadě koncertů hudebních skupin a jednotlivců,
- c) podílem na naplňování speciálních výchovných a zájmových aktivit programů zacházení (§ 36 odst. 5 a 6 ),
- d) podílem na přípravě odsouzených k propuštění na svobodu a na sociální práci s odsouzenými.

#### **Zákon č. 293/1993 Sb., o výkonu vazby Vyhláška Ministerstva spravedlnosti č. 109/1994, řád výkonu vazby**

§ 57 Poskytování sociálních služeb a opatření s tím spojená,

odst. (2) Ve své činnosti sociální zaměstnanci Vězeňské služby úzce spolupracují především s příslušnými kurátory... (...) ... jakož i se zájmovými sdruženími občanů. Sociální služby jsou zabezpečovány především:

- a) poskytováním sociálního poradenství,
- b) pomocí při řešení obtížné sociální situace obviněných a jejich rodin,
- c) spoluprací se všemi ostatními zaměstnanci věznice při zajišťování a realizaci práv a oprávněných zájmů obviněných.

odst. (3) Návštěvy a rozmluvy zástupců sociálních služeb...(…)zájmových sdružení občanů... s obviněnými se uskutečňují vždy za podmínek stanovených v § 14 odst. 1 a 2 zákona a v § 44 až 46.

(In: ÚZ č. 350, Trestní předpisy, Přestupky)

NNO se dnes snaží nabízet a poskytovat komplexní systém služeb, proto se i přes počáteční těžkosti postupně začíná zabývat péčí o klienty ve vězení či ve vazbě. Nezaměřují se přitom pouze na péči o „své“

klienty, zejména z programů terciární prevence (K-centra atd.), kteří se díky svému životu na drogách většinou v kriminálním prostředí dostávají do konfliktu se zákonem. NNO vnímají také možnost využít

situace, kdy se uživatel drog ocitne ve vězení a současně nikdy před tím nevyhledal žádné kontaktní či léčebné zařízení. Pobyt ve vězení je příležitostí k navázání kontaktu v intramurálních podmínkách a možností k nabídnutí léčebné či jiné péče. Uživatel tak má příležitost přehodnotit svůj dosavadní životní styl a využít nabízených služeb. V neposlední řadě pak uživatelé drog propouštění z výkonu trestu bývají následně častými klienty kontaktních center. Proto vidíme jako nutné intenzivněji se zabývat přípravou těchto klientů na výstup z výkonu trestu a motivací k zapojení v programech návazné péče, ať ambulantní či rezidenční formou. Příklad NNO, které nabízejí a poskytují „drogové služby“ ve věznicích v rámci regionu, ve kterém působí:

- o. s. Podané ruce Brno (nejdéle působící NNO v této oblasti od roku 1997, neformálně již od roku 1995). Vazební věznice: Brno, Olomouc, Ostrava. Věznice: Kuřim, Ostrava Heřmanice,
- o. s. SANANIM (od roku 1998). Vazební věznice Ruzyně a Pankrác,
- o. s. Laxus Hradec Králové (od roku 2000). Vazební věznice Hradec Králové. Věznice Pouchov Hradec Králové,

- o. s. KHK Pardubice (od roku 2002). Věznice Pardubice,
- o. s. AVE Český Těšín (od roku 2001). Vazební věznice Karviná.

V České republice je celkem 35 věznic a vazebních věznic. NNO v současnosti usilují o spolupráci s přibližně 1/3 z nich (celkem 11 věznic). Údaje uvedené v tomto textu se opírají o informace právě z tohoto počtu věznic, přičemž nepočítáme písemné kontakty s klienty z jiných věznic. Každé z uvedených občanských sdružení začalo ve věznicích rozvíjet programy jako součást svých, již existujících programů terciární prevence (K-centra). Pouze o. s. Podané ruce a částečně o. s. SANANIM realizují své projekty ve věznicích jako samostatné, oddělené od ostatních programů. Většina z nich vstupuje do vězeňského prostředí na základě jednorázových povolení nebo ústních povolení ze strany ředitele příslušné věznice (vyjma o.s. Podané ruce, které působí ve věznicích na základě dohody o spolupráci). To se ukazuje jako problematické a nestabilní.

## 5/2/4

### Identifikace hlavních problémů

Kamila Meclová ve svém článku „Věžeňství je speciální sociální službou společnosti“ uvedla, že: „...vězení je umělý svět, který vytváří a podporuje nepřirozené vztahy s nepřirozenými hodnotovými žebříčky, je naší snahou zapojit a integrovat do převýchovných procesů nejrůznější společenské organizace...(...)...Máme snahu vytvořit a podporovat reintegrační projekty, aby odsouzení mohli poté, co trest odnětí svobody splní svůj význam, podmíněně opustit brány věznic a pokračovat pod dohledem a vedením nestátních organizací v přirozeném prostředí ve své socializaci a resocializaci...(...)...**Na nápravě problémů se tak musí podílet stát spolu s neziskovým sektorem, pro jehož působení však musí být nejprve vytvořeny vhodné materiální podmínky...**“ (Meclová, 2000).

Některé obecné problémy přímo souvisí s problémy specifickými, např. to je kolektivní ubytování, nezaměstnanost uvězněných, nedostatek

prostorů pro zacházení s odsouzenými, nedostatek specializovaného personálu, absence postpenitenciární práce atd. (Český helsinský výbor, 2000). Nutno dodat, že díky této zprávě byla vytvořena a následně realizována řada opatření vedoucích ke změně ve směru zlepšení, např. přeplněnost vězni se rapidně snížila (od roku 1999 téměř o 30 %), došlo ke zvýšení počtu specialistů, vychovatelů, atd.

Krátce shrňme **obecné problémy, uváděné jako příčiny zpomalení transformace věžeňství** (Český helsinský výbor, 2000):

- Přeplněnost věznic. Rozpor mezi počtem osob ve výkonu vazby a trestu odnětí svobody a kapacitou vazebních věznic a věznic.
- Kolektivní ubytování, nevyhovující stav věznic. Nepříznivé až nevhodné materiální podmínky, v nichž jsou vykonávány vazby a VTOS a jež snižují pozitivní výsledky sociálně výchovného působení na odsouzené.

- Nedostatek finančních prostředků a nízká zaměstnanost vězňů.
- Nedostatek speciálního personálu, pracovní přetíženost civilních pracovníků při práci s vězni, nedostatečná odborná příprava zaměstnanců věznic. Nedostatečné personální zabezpečení výkonu vazby a VTOS jak z hlediska kvalifikovaných specialistů, tak i z hlediska odborníků i morálně dobře připravených příslušníků strážní, eskortní a dozorní služby.
- Nedostatečné prostory a zázemí pro jakékoliv programy a pro práci specialistů.
- Nekvalitní kontinuální sociální péče, častá absence postpenitenciární práce.

#### Problémy v souvislosti s drogami a jejich uživateli v intramurálních podmínkách:<sup>10</sup>

- Pro plánování úspěšné protidrogové strategie obecně, stejně tak jako plánování a realizaci konkrétních efektivních opatření, intervencí a spektra nabídky preventivních a léčebných služeb je klíčové definování a pochopení zásadních problémových témat, stejně tak jako uvědomění si reálných možností, omezení a limitů souvisejících s realizací této politiky.
- Stigmatizace uživatelů drog, tj. znevýhodnění těch, kteří jsou označováni jako „T“ (např. pro zařazení do práce), hanlivé označování, jak ze strany ostatních obviněných či odsouzených, tak někdy bohužel i ze strany uniformovaného personálu.
- Nedostatečné vzdělání specializovaného personálu v drogové problematice, častá absence komplexních a dlouhodobých výcviků v této oblasti (včetně průběžného vzdělávání). Zejména specialistům by mělo být více než doposud umožněno vzdělávání a stáže nejen v rámci IVVS, ale právě i využívání široké nabídky vzdělávacích kurzů, výcviků a seminářů pořádaných NNO, či jinými vzdělávacími instituty.
- Externí supervize pro specialisty VS zabývající se drogovou problematikou. Často se během naší činnosti ve věznicích setkáváme s potřebou ze strany specializovaného personálu a vedení věznic konzultovat s námi problematické otázky související s protidrogovou problematikou, kdy jsou pro ně důležité

nejen praktické zkušenosti z civilních zařízení, ale i teoretické znalosti.

- Nezávislé výzkumné studie o drogové situaci ve věznicích. Doposud existují pouze studie prováděné samotnou VS nebo resortními institucemi (např. IKSP). Dle našeho názoru je řada informací, které jsou uváděny v oficiálních zprávách VS, rozdílných od informací poskytnutých od samotných klientů či od vězeňského personálu při neformálních rozhovorech. Dále chybí např. informace o způsobu užívání drog ve věznicích, zejména o intravenózním užívání, o cestách drog do věznic atd.
- Nedostatky v testování na přítomnost drog v organismu. Možnost povinného i dobrovolného testování (nutnost důsledného monitoringu), dlouhé čekací doby na výsledek vyšetření (testované vzorky se zasílají do laboratoře do Prahy - telefonicky je znám výsledek za cca 3 dny a oficiální písemné vyrozumění do 14 dnů). Ztrácí se tak efekt okamžitého trestání za překročení pravidel. To by mohlo být částečně řešeno používáním testovacích setů.
- Samotné uplatňování sankcí; trestání za užití drogy je problematické. V léčbě závislostí je nutné pracovat i s tímto selháním v rámci programu prevence relapsu, ale v intramurálních podmínkách se jedná o přešůpek proti vězeňskému řádu a následuje sankce.
- Velmi rizikové je chování mnohých uživatelů drog ve věznicích. Např. společné sdílení jehel, inzuliněk, kterých je nedostatek, vedlo k tomu, že se z nich stal výhodný artikl pro obchodování<sup>11</sup>, nebo se používají jiné, ještě nebezpečnější způsoby pro aplikace drog i.v. (např. pomocí verzatílek a pentelek), je malá dostupnost informací o rizicích drogového užívání a možné prevenci těchto rizik. Zde vycházíme ze sdělení klientů z více věznic, ale i od propuštěných z VTOS. Tuto informaci sdělujeme, ačkoliv jsme si vědomi, že se jedná o velice „citlivé údaje“, ale jsme přesvědčeni, že je nutné o tématu hovořit otevřeně. Také je nutno počítat s tím, že i informace od klientů mohou být zavádějící, nicméně je důležité s nimi pracovat pro vytvoření potřebných opatření a tím nemyslíme jen sankce a represivní opatření.

<sup>10</sup> Zde uvádíme výčet některých problémů spojených s uživateli drog ve věznicích, se kterými jsme se setkali během působení ve věznicích. Jedná se v některých případech o citlivá témata, ale věříme, že jejich pojmování může přinést plodnou diskusi a možnost změny.

<sup>11</sup> Ceny se dle údajů od klientů pohybují v rozmezí od 50,- Kč do 500,- Kč za čistou jehlu. Rozdíl je dle věznic a zda se jedná o čisté, či použité, ale ještě funkční „nádobíčko“.

### Problémy v souvislosti s prevencí a léčbou

Generální ředitelství VS ČR vydalo v roce 2001 již citovaný „Soubor protidrogových opatření ve výkonu vazby a trestu odnětí svobody na léta 2001–2004“ (GŘVS, 2001) k zajištění plnění úkolů vyplývajících z Národní strategie protidrogové politiky na období let 2001–2004. Dokument zahrnuje seznam opatření v oblasti redukce nabídky, primární prevence, sekundární a terciární prevence. Bohužel v něm **není konkrétně zmíněna možnost spolupráce VS a NNO na realizaci jednotlivých opatření**, také řada již v zahraničí běžných léčebných opatření zde není zmíněna, např. substituční léčba. Realizace tohoto Souboru opatření (2001) má v jednotlivých věznicích často velice formální způsob pro zavádění jednotlivých opatření. Např. personál, který je pověřen vedením poradny drogové prevence, má znalosti a zkušenosti v této oblasti jen částečně či minimální a převažuje zde především starší medicínský model přístupu k užívání drog.

Dalším současným problémem je dosavadní neexistence možnosti pokračovat v metadonové léčbě (v případě, že byla pacientovi nasazena na svobodě) během výkonu vazby či výkonu trestu odnětí svobody. Díky nedostatečné spolupráci sociálních a jiných pracovníků VS před výstupem (propuštěním) klientů s programy (věznic) existují stále výrazné problémy se zajištěním následné péče rezidenční či ambulantní formou.

### Problémy v souvislosti s možným vstupem služeb NNO do vězení

Nedostatečná je současná formální podoba dohody o spolupráci. Vstup do věznic se uskutečňuje na základě buď jednorázových povolení, či na základě ústní formy dohody s ředitelem věznic. NNO Sananim, Laxus a Klub hurá kamarád docházejí do věznic bez písemné dohody o spolupráci. Vstup jim byl umožněn na základě rozhodnutí ředitele dané věznic. Jedná se však o nesystémový a nestabilní přístup, tzn., že např. se změnou osoby ředitele může být vstup do věznic pro pracovníky NNO opět znemožněn. Jako nezbytné se ukazuje směřování k uzavření smlouvy či dohody o spolupráci každé NNO s příslušnou věznicí. Jediné Sdružení Podané ruce mělo vstup zajištěný v počátku díky intenzivní spolupráci s Vězeňskou duchovenskou péčí a službou. Aktuálně se spolupráce s věznicemi realizuje na základě dohody o spolupráci.

Mezi organizačně-provozní problémy spolupráce patří především **pohyb pracovníků NNO ve věznicích a předvádění obviněných či odsouzených k práci s nimi**. Pohyb pracovníků NNO ve věznicích je velmi omezen a je závislý zejména na uniformovaném personálu. Nevýhodou tohoto způsobu je skutečnost, že vězeňský personál je často zaneprázdněn, což způsobuje dlouhé čekání na vstupní bráně mezi jednotlivými konzultacemi. Tím vzniká prostoj (někdy i 1 až 2 hodiny za den), špatná komunikace mezi pracovníkem NNO a klientem. Stejně tak je třeba vyřešit **pracovní prostory a vybavení**. Jedná se o poměrně častý problém, zejména v počáteční fázi spolupráce. K práci mohou pracovníci NNO využívat místnosti pro orgány činné v trestním řízení (situace ve vazbách), učebny, místnosti pro duchovní.

### Zlepšení spolupráce se musí odehrávat na několika úrovních:

- Generální ředitelství (zastřešující smlouva, viz dále).
- Vedení věznic, se kterými by byla uzavřena podrobná dohoda o spolupráci, vymezení podmínek pro realizaci projektů atd.
- Specialisté věznic a definování podílu na práci, např. poradny drogové prevence, řešení konkrétních situací a problémů s drogami a jejich uživateli ve věznicích, předávání klientů a informací v přesně vymezeném rozsahu (legislativně upraveno). Nutné je vzájemné vymezení rolí atd.
- Uniformovaný personál a součinnost s ním při předvádění vězňů na programy poskytované danou NNO.

Jedním z důležitých předpokladů pro dobrou spolupráci a možnost působení NNO ve věznicích je vzájemná ochota ke spolupráci, důvěra, otevřenost. Jedná se o velice důležité aspekty spolupráce a je nutné mít čas, prostor pro jejich vytvoření a rozvíjení. Pracovníci NNO musí nezbytně respektovat limity a hranice dané systémem VS. Nemohou přijít jako narušitelé nutného řádu, ale jako ti, co mohou pomoci řešit určitý druh problémů a nabídnout k tomu svoje služby, zkušenosti, pohled zvenčí.

Existují **rozdílné možnosti práce ve vazební věznicí a ve výkonu trestu**. Jedná se především o legislativní rozdíly pro možnost poskytování služeb, předávání informací se specialisty vazeb-

ni věznic atd. V neposlední řadě je pak třeba uvést též problém s financováním služeb poskytovaných NNO vzhledem ke skutečnosti, že činnost NNO je financována především z veřejných prostředků formou dotací. Nejčastěji ze strany jednotlivých rezortů na základě každoročně podávaných projektů. Ty jsou vázány na rozpočtová pravidla a jedním ze základních požadavků je, že dotace od státu nesmí překročit 70 % nákladů projektu. Zbytek musí NNO hledat z jiných zdrojů. Vedle možností různých fondů a nadací (což je ale

limitováno vždy cílovou skupinou a prioritami daného programu v grantovém řízení) se jedná také o vlastní zdroje (např. příjmy od klientů). Je otázkou, jakou roli v tomto může mít nejen VS, ale zejména Ministerstvo spravedlnosti, které doposud nemá vytvořenou dotační politiku pro NNO v oblasti prevence a léčby drogových závislostí. Praxe je taková, že všechny výše uvedené NNO začaly poskytovat služby ve věznicích zdarma a náklady s tím spojené financují jako součást jiných programů, např. kontaktních center.

## 5/3

**Spolupráce Vězeňské služby ČR a NNO**

Vzhledem ke struktuře VS, kdy veškerá opatření jsou vytvořena na úrovni GRVS a následně realizována v jednotlivých věznicích, vidíme jako důležité ošetřit spolupráci mezi VS a NNO jak na úrovni GRVS, tak na úrovni konkrétních věznic. Partnerem pro GRVS se v tomto případě může stát A.N.O. Tato asociace sdružuje nestátní organizace, které praxí a odborností garantují kvalitu svých poskytovaných služeb. Pro zabezpečení, udržování a rozvoj kvality těchto služeb byl zaveden systém „odborných sekcí“. Jednotlivé sekce koordinují, supervidují, vzdělávají a odborně vedou programy pro specifické typy služeb: Sekce Harm Reduction, Sekce primární prevence, Sekce terapeutických komunit a Sekce intenzivní ambulantní a následné péče. Vzhledem k tomu, že se program „Drogové služby ve vězení“ začíná postupně rozvíjet, ukazuje se potřeba mít i tento typ služeb

odborně garantovaný a koordinovaný. V průběhu roku 2003 vznikla při A.N.O. sekce „Služby pro uživatele drog v konfliktu se zákonem“.

Díky podpoře PHARE 2001 v programu „Integrace znevýhodněných skupin do společnosti“ mohla také vzniknout na začátku roku 2003 pracovní skupina „Klient v konfliktu se zákonem“, jejímiž členy jsou právě zástupci jednotlivých NNO. Cílem práce skupiny je zejména vydefinování služeb a jejich standardů (provozních, personálních a procedurálních), dále evaluační metody, statistika programu, kurikulum vzdělávání pro pracovníky NNO realizující tento typ programu. Existenci těchto dokumentů a činnosti příslušné odborné sekce by měla být zajištěna a kontrolována kvalita služeb, které budou jednotlivé NNO ve věznicích poskytovat.

## 5/4

**Cíle spolupráce: plánování strategie a politiky****Cíle krátkodobé:**

- Pozvat a zapojit NNO do spolupráce při řešení drogového problému dle místních možností a daností – přímou prací ve vězení a v oblasti postpenitenciární péče.
- Návrh podmínek ke vstupu NNO do vězení – podle navržené smlouvy (viz dále).
- Důkladné zpracování zahraničních přístupů a jejich možné aplikace na naše podmínky.

**Cíle střednědobé a dlouhodobé:**

- Spolupráce GRVS s NNO při vytváření souboru protidrogových opatření na příští období pro možnost větší spolupráce a návaznosti.
- Iniciovat legislativní změny, změny v Souboru protidrogových nařízení GRVS a v Národní protidrogové strategii vypracované sekretariátem RVKPP ve vztahu k vytvoření lepší půdy pro řešení situace

- uživatelů drog v konfliktu se zákonem (včetně vytvoření možnosti léčby místo trestu), ve vztahu k působení NNO ve vězení i ve vztahu k výše popsaným „problémům“.
- Realizovat pilotní projekty ve spolupráci VS a NNO při řešení drogové problematiky, a to především ve smyslu rozšíření a zkvalitnění nabídky léčebných a poradenských programů, programů harm reduction a metadonové substituce u osob, které byly v substitučním programu zařazeny již na svobodě.
  - Provedení analýzy potřeb uživatelů drog ve vězení a vyhodnocení drogové situace ve vězení ze strany specialistů za pomoci odborných pracovníků NNO (tam, kde už spolupráce probíhá) a nezávislých studií.
  - Vytvoření pracovní komise tvořené z odborníků ze strany VS, NNO (zástupci příslušné sekce A.N.O.) a sekretariátu RVKPP pro zachování komunikační platformy vzniklé díky projektu PHARE.

## 5/4/1 Zastřešující smlouva mezi GRVS a A.N.O.

Jak už bylo uvedeno, díky projektu PHARE a jeho pracovní skupině Vězeňství se podařilo navázat kontakt s vedením GRVS a A.N.O. Od konce roku 2002 a od počátku roku 2003 probíhají jednání mezi vedením GRVS a A.N.O. na vytvoření možností spolupráce a dohody o této spolupráci. Účelem této Dohody o spolupráci (dále jen „Dohoda“) je vytvořit základní podmínky pro vzájemnou spolupráci Vězeňské služby a A.N.O. v souladu s platnými právními předpisy, zejména zákonem č. 293/1993 Sb., o výkonu vazby, a zákonem č. 169/1999 Sb., o výkonu trestu odnětí svobody.

Obecným cílem dohody je vytvoření podmínek pro realizaci aktivit směřujících k účinné protidrogové strategii vycházející ze zásad a cílů Akčního plánu EU, ze základních principů definovaných WHO a národní strategie pro-

tidrogové politiky. Mezi specifické cíle spolupráce patří zejména:

- aktivní spolupráce při plánování, rozvoji a realizaci efektivních preventivních a léčebných programů zaměřených na užívání a zneužívání drog (omamných a psychotropních látek) pro obviněné a odsouzené,
- zvyšování kvality, účinnosti a efektivity těchto programů při zachování cíle a účelu výkonu vazby a trestu,
- vytvoření podmínek pro poskytování a rozvoj efektivních intervencí realizovaných členskými organizacemi A.N.O.,
- vytvoření platformy pro spolupráci, plánování, koordinaci a hodnocení,
- vytvoření podmínek pro podporu úzké spolupráce členských organizací A.N.O. a jednotlivých věznic VS.

## 5/4/2 Smlouva mezi věznicí a NNO

Konkrétní smlouva mezi příslušnou věznicí a NNO „Dohoda o spolupráci“ (zde vycházíme z již existující podoby smlouvy mezi Sdružením Podané ruce, věznicí Kuřim a vazební věznicí Brno), která bude zahrnovat specifikaci těchto bodů:

1. **Vstup organizace:** dle kterého zákona (rozdíly v případě vazební věznice a věznice):
  - a) vazební věznice: zákon č. 293/1993 Sb., o výkonu vazby, a vyhláška Ministerstva spravedlnosti č. 109/1994, řád výkonu vazby,
  - b) věznice pro výkon trestu odnětí svobody: § 43 zákona č. 169/1999 Sb., o výkonu trestu odnětí svobody, a ustanovení § 74 vyhlášky MS č. 345/1999 Sb., kterou vydává řád výkonu trestu odnětí svobody.
2. **Účel dohody:** vytvořit základní podmínky pro vzájemnou spolupráci v souladu s platnými právními předpisy, rozvíjení programů poradenské a terapeutické pomoci pro odsouzené s cílem účelně pomoci odsouzeným s problémy v souvislosti se zneužíváním návykových

látek a závislosti na těchto látkách, se zřetelem k cíli naplňovat účel výkonu trestu, dohoda dále upravuje práva a povinnosti obou smluvních stran.

3. **Činnost sdružení:** přílohou smlouvy bude konkrétní přehled a popis služeb, které se sdružení zavazuje v prostorách věznice nabízet a poskytovat:

- pro pracovníky věznice: vzdělávání, konzultace, stáže,
- v oblasti přímé práce s odsouzenými,
- v oblasti práce mimo věznici: s klienty po propuštění, s rodinným zázemím klienta, s příslušnými institucemi, návazná péče, spolupráce s PMS, sociálními kurátory,
- informační a propagační materiály pro odsouzené i personál.

4. **Požadavky na pracovníky:** písemně podaná žádost o povolení pro vstup do střeženého objektu věznice včetně doporučení (vedoucí projektu, ředitel služeb, statutární zástupce sdružení), bezúhonnost doložená výpisem z rejstříku trestů, vzdělání a praxe doložené profesním životopisem pracovníků, fotografie, poučení (jako u civilních zaměstnanců vězeňské služby) o dodržování obecně platných právních předpisů a vnitřních předpisů platných pro výkon trestu odnětí svobody, vnitřní řád věznice, seznámit se s pravidly pohybu ve střeženém prostoru věznice, atd. Na základě toho bude vydáno tzv. zvláštní povolení (a průkazky) pro vstup do střeženého objektu věznice.

5. **Vstup jednotlivých pracovníků:** přílohou smlouvy bude aktualizovaný seznam pracovníků NNO, kteří mají povolený vstup do věznice pro vykonávání činnosti, pohyb pracovníků ve věznici.

6. **Pohyb pracovníků ve věznici:** v současné době pohyb v administrativní a správní části věznice samostatný, v prostorech vlastního výkonu trestu odnětí svobody pouze za doprovodu personálu, jak uniformovaného, tak civilních zaměstnanců vězeňské služby.

7. **Prostory k poskytování služeb:** věznice se zavazuje poskytnout a vybavit prostory pro aktivity programu (terapeutická a poradenská místnost a administrativní zázemí), včetně bezpečnostního opatření, tísňové tlačítka v dosahu.

## 8. Spolupráce se specialisty věznice a s vedením věznice:

a) Informační toky<sup>12</sup> (např. předávání klientů a informací o nich), pravidelné konzultace o jednotlivých klientech (s vychovateli minimálně 1x měsíčně) v době, kdy vychovatel vypracovává pravidelná hodnocení naplňování programu zacházení, jinak dle potřeby častěji, s pedagogem, psychologem, atd.

b) Spolupráce na tvorbě koncepce a souboru protidrogových opatření v dané věznici: každá věznice, na základě obecně stručně definovaných opatření v Souboru opatření protidrogové politiky (GŘVS), je povinna vypracovat vlastní koncepci a metodiku a bylo by vhodné, aby spolupráce s NNO byla zakotvena již zde.<sup>13</sup>

c) Spolupráce na realizaci poradny drogové prevence. **Poradna drogové prevence:** dle Souboru protidrogových opatření (GŘVS, 2001) je v kapitole Oblast sekundární a terciární prevence povinnost zabezpečit funkčnost těchto poraden v každé věznici na území ČR. Považujeme za klíčové, aby v rámci vnitřních ustanovení každé věznice, která konkretizuje daný požadavek, byla jasně pojmenována a vymezena spolupráce s příslušnou NNO. Tj. např. být řádnými, ač externími členy těchto poraden (např. ve věznici Kuřim je toto ošetřeno v Nařízení o zřízení a činnosti poradny drogové prevence ve Věznici Kuřim, součástí Sbirky nařízení ředitele Věznice Kuřim, v čl. 3 Personální obsazení poradny a v čl. 5 Činnost a zaměření poradny).

9. **Důvěrnostní politika:**<sup>14</sup> rozlišení informací, které jsou důvěrné a bez souhlasu klienta není možné je použít či poskytnout jinému subjektu a které naopak je bezpodmínečně nutné předat vedení věznice, to jsou tyto (převzato z materiálů Důvěrnostní politiky britské organizace Cranstoun):

- v případě, že si chce klient ublížit,
- v případě, že klient chce ublížit někomu jinému,
- v případě, že se klient zmíní, že je dealerem drog,
- v případě, že se klient zmíní, že je ohrožena bezpečnost věznice.

<sup>12</sup> Všude, kde to bude nutné, navrhuji NNO iniciovat potřebné legislativní úpravy umožňující výměnu informací na dostatečné úrovni potřebě pro zajištění kvalitních programů.

<sup>13</sup> Opět je třeba v případě nutnosti iniciovat potřebné legislativní změny.

<sup>14</sup> Opět je třeba v případě nutnosti iniciovat potřebné legislativní změny.

Pro práci s klienty je nutné mít od každého z nich podepsaný formulář „Souhlas“ dle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů (jaké informace shromažďujeme, k jakým účelům a že klient souhlasí se seznamováním průběhu výkonu trestu, programem, zacházením, obsahem osobní karty a spisem).

10. **Systém stížností:** vytvořený způsob podání stížností jak ze strany vězeňské služby, tak ze strany klientů (stížnosti odsouzených na pracovníky realizující projekt).
11. **Způsob řešení „problémů“ mezi NNO a VS:** v případě, že pracovník poruší při své činnosti ve věznici nebo při vyřizování záležitostí popisovaných v dohodě, ustanovení dohody nebo obecně platný právní předpis, ředitel mu může zakázat vstup do věznice.
12. **Vyhodnocovat pololetně poskytnuté služby pro potřeby věznic:** počet klientů, počet poskytnutých služeb, atd., včetně evaluace služeb, vývoj, návrhy na změny. Je třeba:
  - a) statistika programu,
  - b) dokumentace programu,
  - c) evaluace/hodnocení – služeb, programu, spolupráce.
13. **Odbornost projektu:** každý projekt musí mít zabezpečenou kvalitní:
  - a) odbornou garanci,
  - b) supervizi,
  - c) vzdělávání, stáže – individuální plány pro každého pracovníka projektu.
14. **Financování služeb:** projekt je zabezpečen vícezdrojovým způsobem financování (MPSV, MZ, RVKPP, místní správa a samospráva, zahraniční granty atd.), je třeba, aby se příslušná věznice podílela na financování služeb poskytovaných v jejich prostorách – z jejího vlastního rozpočtu (např. z kapitoly služeb, nebo z prostředků přidělených na program drogové prevence), také je možné

vyvinout tlak na Ministerstvo spravedlnosti ČR, aby otevřelo grantovou politiku pro oblast drogové prevence pro NNO, a taktéž na Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (forma nákupu služeb od NNO).

15. **Návazná péče:** zprostředkování návazné péče s dalšími státními a nestátními institucemi, rozumí se ve spolupráci se sociální pracovníci věznic, tj.:
  - a) spolupráce s PMS a sociálními kurátory,
  - b) alternativní tresty, zkrácení pobytu ve VTOS,
  - c) příprava na návazný program,
  - d) zprostředkování návazného programu.
16. **Závěrečné formální ustanovení smlouvy:**
  - a) doba trvání dohody,
  - b) způsob vypovězení dohody,
  - c) osoby oprávněné k jednání ve věcech dohody – za věznici a za NNO,
  - d) způsob doplňování a změn dohody.
17. **Externí pracovníci ve věznicích,**  
**„Externí poradce:** by však neměl nikdy patřit přímo k věznici nebo jiné justiční instituci. Zejména v očích svých klientů by měl mít určitý odstup od vězeňské instituce, protože efektivita jeho práce zde závisí nejen na jeho osobnosti a profesionalitě, ale také na stupni jeho nezávislosti na vězeňském systému. Drogově závislý vězeň, jak se ukazuje, projevuje větší důvěru k osobám, které nejsou přímo spojeny s věznicí. V externí poradenské a terapeutické práci se osvědčuje nebyrokratický přístup (např. nevyžadovat od poradce speciální povolení, umožnit přístup ke spisům, které potřebuje ke své práci, sezení poradce s klientem by mělo probíhat bez přímé přítomnosti dozoru – jen na dosah signálu v případě komplikací či ohrožení, atd). K úspěšnosti práce také přispívá vytvoření vhodného prostředí pro tato sezení....“ (WHO, 1990).

## 5/4/3

## Význam a přednosti služeb zajišťovaných NNO

O legislativním rámci působení NNO a jejich pracovníků ve věznicích byla zmínka již výše. Stejně tak o praktických problémech spojených s pohybem externistů v intramurálních podmínkách, nyní se zaměříme význam a přínos tohoto působení:

- **Vstup do služeb ze strany klientů je relativně dobrovolný.** To zvyšuje pravděpodobnost úspěchu, dobrovolnost je zde myšlena ve smyslu toho, že si daný klient může vybrat, zda se stane příjemcem tohoto typu



služeb. S odkazem na dlouhodobou tradici těchto organizací v péči o závislé je zde **garance kvality a odborného přístupu** (tyto organizace, zejména členské organizace A.N.O., musí splňovat standardy péče MZ, případně MPSV). Jedná se zejména o odbornost pracovníků (vzdělání, výcviky, stáže, praxe), jejich zkušenost s prací s uživateli drog a podmínkami práce pod externí supervizí a odbornou garancí.

- U NNO vždy můžeme očekávat či zaznamenat **vyšší míru důvěry ze strany klientů**. Nereprezentuje totiž represivní složku a uchovává si potřebnou míru nezávislosti na vězeňské instituci – při respektování daných legislativních norem, viz důvěrnostní politika. Při této práci je také nezbytné pracovat se selháním (relapsem) a pro klienty je důležité, že po tomto sdělení nemusí vždy následovat sankce (v případě odpovědnosti NNO např. za bezdrogovou zónu však otázka sankcí musí být jasně definována).
- NNO zprostředkovávají **kontakt se světem mimo vězení** (samozřejmě legálními cestami, např. nabídkou paralelní terapeutické práce s rodinou uvězněného). Také samotný fakt, že tyto pracovníci nejsou zaměstnanci VS, z nich tvoří nositele „svobodného vzduchu a světla“ a možná i naděje. Skutečnost, že člověk vykonává trest odnětí svobody a musí určenou dobu trávit ve vězení, by neměla bránit tomu, aby mohl být v kontaktu s pozitivními vlivy z vnějšího prostředí.
- NNO se ve spolupráci s PMS a dalšími institucemi podílejí na zajištění **návaznosti péče po propuštění**. Vycházíme z předpokladu i zkušenosti, že profesionální kontakt založený na sociální práci a motivaci k abstinenci a ke změně životního stylu navázaný ještě během výkonu trestu má větší předpoklad, že se návazná péče zrealizuje a bude efektivní. Dále ve využívání institutu pomíněného pro-

puštění na svobodu s dohledem jsou ještě velké rezervy a mezery.

- NNO nabízejí **vzdělávání odborných pracovníků VS** v drogové problematice a zprostředkování či zabezpečení stáží v preventivních i léčebných zařízeních, které NNO poskytují. Tj. seznámení s komplexem služeb pro uživatele drog, realizace seminářů na aktuální témata, vzdělávací aktivity (dlouhodobé i krátkodobé výcviky a kurzy v drogové problematice). Jde o nabídku teoretických a praktických zkušeností, které NNO získaly za dobu intenzivní práce výlučně s uživateli drog od roku 1990.
- Standardní součástí práce NNO je dnes také **externí supervize**, přinášející zejména kontinuitu kvality. Služby NNO počítají ve svých projektech a programech s odbornou supervizí své práce. Jedná se o standardní záležitost a nezbytnou podmínku i pro donátory (ministerstva, samosprávu, nadace atd.). Odborní pracovníci VS, s nimiž se ve vězení setkáváme, projevují zájem o takovou pravidelnou a odbornou podporu, kontrolu a zpětnou vazbu.
- Oboustranná spolupráce může vést k efektivnímu **snížení přetíženosti personálu VS** tím, že kdyby určitou část péče o závislé ve věznicích převzali pracovníci NNO, mohli by se specialisté věznic věnovat ostatním odsouzeným či obviněným.
- Služby mohou být také pro VS současně **ekonomicky výhodné**, zejména vzhledem k možnosti dalšího přínosu financí do vězeňství v souvislosti se vstupem do EU (podpora spolupráce státní a nestátní sféry je ze strany EU programována). Systém financování může být postaven ze strany VS vůči NNO např. na systému nákupu odborných služeb. Tím mohou odpadnout problémy se zvyšováním vzdělání a specializace vězeňského personálu pro drogovou oblast.

## 5/5 Závěr

Kapitola shrnuje poznatky související s poskytováním „drogových“ externích služeb vnějšími subjekty, a zejména pak NNO, pro občany ve výkonu vazby a trestu. Vychází z vlastních zkušeností předních českých NNO, které jsou

aktivní v oblasti prevence a léčby drogových závislostí a vězeňství. Na straně druhé přináší stručný pohled na zkušenosti, opatření, rozsah a intenzitu spolupráce NNO a vězeňských systémů v této oblasti v průřezu Evropou. Je zřetel-

né, že přes majoritní postavení, zkušenosti a nakonec i prokazatelnou efektivitu služeb NNO ve společnosti je ve srovnání s Evropou využívání těchto organizací, jejich znalostí, zkušeností a služeb, naprosto zanedbatelné. Tato skutečnost zřejmě souvisí s mnoha faktory, které není snadné v omezené době mnoha změn ve společnosti prosadit i uskutečnit. Jsme přesvědčeni, že v naší společnosti, a dokonce ani mezi profesionály (na straně vězeňského systému i vně), není dostatečně vnímáno i rozeznáno, že by mohlo být v našem vězeňském systému učiněno mnohem více pro efektivní prevenci, snižování rizik souvisejících s užíváním drog, léčbu těch, kteří jsou závislí, a nakonec i „ochranu“ těch ostatních.

Pragmatický a holistický přístup k problémům souvisejícím s užíváním drog se jeví jako

východisko a v mnoha suboblastech je efektivita a účelnost opatření a intervencí vycházejících z tohoto přístupu již potvrzována i vědeckými studii. Trendy užívání i zneužívání drog se ve vězeňském prostředí samozřejmě modifikují podle místních podmínek, zdrojů a účinnosti preventivních i represivních opatření a vhodnosti či výkonnosti preventivních programů. Protože současný stav ukazuje na velkou podobnost rozsahu, kvality a vzorců problémů souvisejících s užíváním a zneužíváním drog v našich věznicích ve srovnání s EU, domníváme se že by bylo chybou nevyužít znalosti, chyb, zkušeností a prokázaných či ověřených modelů intervencí (služeb) realizovaných v Evropě v posledních několika letech. Stejně pak platí ve vztahu k drogovým službám poskytovaným NNO či jejich expertní podpoře.

## Literatura

- An Overview Study: Assistance to Drug Users in EU Prisons (2001). EMCDDA and Cranstoun Drug Services, Lisabon.
- Annual report on the state of drug problem in EU and Norway in 2001 (2002). EMCDDA, Lisabon.
- Ambrosini, F. (2001). Europäisches Netzwerk zur Drogen- und AIDS-Hilfe im In.: Strafvollzug, Jacob, J., Keppler, K. and Stöver, H. (eds.) (2001). LebHaft: Gesundheitsförderung für Drogen Gebrauchende im Strafvollzug, Deutsche AIDS-Hilfe, Berlin, pp. 106–113.
- Drug abusers in prison (1990). WHO Regional Publications No. 27.
- Fox, A. (2000). Aftercare for drug using prisoners in Europe. Cranstoun Drug Services, London.
- Meclová, K. (2000). Vězeňství je speciální sociální službou společnosti. České vězeňství č. 1/2000, ročník 8.
- Monitoring vězeňství v České republice v roce 1999 (2000). Zpráva Českého helsinského výboru, Praha.
- Prisons and drugs (1998). European Recommendations.
- Soubor protidrogových opatření ve výkonu vazby a trestu odnětí svobody na léta 2001–2004 (2001). Generální ředitelství Vezeňské služby ČR, č.j.: 130/165/2001. Přijato 29. 3. 2001. GŘVS, Praha.
- Stöver, H. (2001). Assistance to drug users in European Union prisons: an overview study, EMCDDA Scientific Report, Lisbon and London.
- WHO Global Programme on AIDS (1993). Guidelines on HIV infection and AIDS in prison. WHO/GPA/DIR/93.3 (and reprint UNAIDS/99.47/E).
- WIAD-ORS, European Network on HIV/AIDS and Hepatitis Prevention in Prisons (1998). Annual report to the EC, WIAD, Bonn, and ORS, Marseille.
- WIAD-ORS, European Network on HIV/AIDS and Hepatitis Prevention in Prisons (2001). Final progress report, WIAD, Bonn, and ORS, Marseille.

# **6** METADON A VĚZEŇSKÝ SYSTÉM

Tomáš Zábranský

## Abstrakt

Autor se v příspěvku zabývá základními principy substituční terapie závislosti na opiátech, jejím rozšířením v EU a v ČR a přijatou českou strategií jejího dalšího rozšíření, vyvinutou v rámci PHARE Twinning projektu 2000: „Posilování národní dro-

gové politiky“. V další části shrnuje evropské zkušenosti se substituční léčbou v podmínkách vazby a vězení, pokouší se o odhad počtu možných vězňů/pacientů indikovaných k takové léčbě a shrnuje podmínky pro její poskytování lege artis.

**Klíčová slova:** substituční léčba – závislost na opioidech – vězeňství – odhad prevalence.

## 6 / 1 Substituční léčba: základní informace

Substituční léčba závislosti na opioidech (zejména léčba pomocí metadonu) představuje pravděpodobně nejlépe prozkoumanou léčbu tohoto typu závislosti vůbec. Z vědeckých důkazů vyplývá, že substituční léčba dokáže snižovat trestnou činnost, riziko přenosu infekčních chorob i počet úmrtí spojených s drogami. Zlepšuje také fyzický, psychický a sociální stav závislých uživatelů.

Posuzujeme-li úspěšnost léčebného programu měřítkem udržení pacienta v programu a naplněním cílů, které jsou stanoveny před započítáním léčby, je substituce také léčbou neúspěšnější ve srovnání s jakýmkoliv jiným způsobem léčby závislých na opiátech (Institute of Medicine, 1990).

Existují nicméně i názory, že se nejedná o léčbu, nýbrž o cynickou reakci, která ve skutečnosti problémy spojené s drogami neřeší. Podle doporučení EMCDDA by se politická debata o tomto problému již ale neměla zaměřovat pouze na argumenty pro a proti. Substituční léčba by se měla chápat jako jedna ze složek širokého spektra způsobů léčby problémového užívání drog, mezi něž patří také léčba orientovaná na abstinenci ode všech psychoaktivních látek (EMCDDA, Nilson, Solberg, Ballotta, Wiessing, 2002).

Všeobecně je zdůrazňována prospěšnost vzájemně provázanosti a nutnost vytvoření takového systému, který by umožňoval plynulý tok pacientů mezi oběma typy léčebných modalit podle

pacientova aktuálního stavu. Zdůrazňuje se, že substituční léčba má lepší úspěšnost co do prvního kontaktu s pacientem a jeho udržení – je tedy vnímána jako prostředek, jímž lze pacienta vůbec vtáhnout do kontaktu s **jakoukoliv** léčbou.

Substituce je léčbou, již doporučuje Světová zdravotnická organizace (WHO), Program OSN pro kontrolu drog (UNDCP) i další národní a mezinárodní organizace, zabývající se léčbou závislosti a prevencí přenosu krevních nemocí (např. UNAIDS,<sup>1</sup> NIDA,<sup>2</sup> EMCDDA a řada dalších).

Substituční léčba se někdy označuje jako „léčba agonisty opiátů“, tedy léčba léky podobné chemické povahy jako jsou klasické opiáty, zneužívané toxikomany. V medicíně je princip substituce dobře znám; řada dlouhodobých onemocnění si vyžaduje dlouhodobě, někdy dokonce doživotní udržování pacienta za použití příslušných léků. Příkladem může být inzulin při cukrovce, thyroxin při nedostatečné tvorbě hormonů štítné žlázy nebo lithium při maniodepresivní psychóze. Aplikace tohoto principu na léčbu drogové závislosti proto není ničím neobvyklým (Gerstein, Harwood, 1990).

Ve světě byly podniknuty pokusy s použitím řady látek; nejvíce se nicméně používá metadon, v menší míře pak buprenorfin.<sup>3</sup> Obě tyto látky obsazují opiátové receptory; zatímco metadon je tzv. opiátovým agonistou a jako takový je univerzálnějším lékem, buprenorfin je kombinovaným agonis-

<sup>1</sup> Společný program OSN pro prevenci a léčbu HIV/AIDS.

<sup>2</sup> Americký Národní ústav pro otázky zneužívání drog.

<sup>3</sup> A dále řada látek včetně LAAM (levo.acetyl-alfa-metadol), morfinu, depotního morfinu a kodeinu; ve Velké Británii, Švýcarsku, Nizozemí a Německu se malému počtu osob podává dokonce medicínsky připravený heroin.

tu/antagonistou, a tudíž se jím v zásadě nedá předávkovat a je tedy považován z obou léků za „bezpečnější“. Buprenorfinem ale lze metadon nahradit jen po ekvivalent dávky 60 mg metadonu denně; silnou opiátovou závislost jím již léčit nelze.<sup>4</sup>

Oba léky mají nicméně společné vlastnosti, z nichž je možno zdůraznit především, že:

- nemají euforický, trankvilizační ani analgetický efekt, vědomí ani nálada pacientů se jejich použitím nemění, a tak umožňují normální sociální fungování (nedochází k „rauši“ jako při užití heroínu, braunu a některých dalších opiátů),
- správně stanovená dávka metadonu nebo buprenorfinu blokuje narkotický efekt jiných opiátů, pokud dojde k jejich použití (dobře

indikovaná a stabilizovaná dávka činí užívání nelegálních opiátů – tzv. „přibírání“ – zbytečným, protože neúčinným),

- nedochází ke změnám tolerance, takže dávky substitučních léků nemusejí být zvyšovány a jsou stabilní,
- jsou efektivní i při orálním užití a účinkují po dobu 24–36 hodin (metadon) resp. 48–72 hodin (buprenorfin); mohou tedy být aplikovány pouze jednou denně a to bez použití jehly a stříkačky,
- zmírňují craving („bažení“) po droze, který je závislími uváděn jako hlavní důvod relapsů (opětovného užívání nelegálních drog),
- obě látky jsou medicínsky bezpečné a jejich terapeutické dávky nejsou toxické.

## 6/2 Substituční léčba a její rozsah v Evropské unii

Substituce je všeobecně považována za klíčový prvek léčby závislosti na opiátech v Evropské unii (viz např. EMCDDA et al., 2002) i ve Spojených státech, Austrálii a v řadě asijských států. Výsledkem je, že v EU je pacienty této léčby přes 300 000 osob, počet amerických pacientů se odhaduje na 110 000.

Substituční léčba problémových uživatelů drog se v současnosti provádí ve všech zemích Evropské unie, má ale různě dlouhou historii: ve Švédsku, Velké Británii, Nizozemí a Dánsku byla zavedena již na konci šedesátých let, ve Finsku, Portugalsku, Itálii a Lucembursku v sedmdesátých letech,

v Rakousku a Španělsku v letech osmdesátých a na počátku devadesátých let pak v Německu, Řecku, Belgii a Francii. S výjimkou Francie se všude zprvu používal metadon.<sup>5</sup> Na konci devadesátých let již byla substituční léčba zavedena ve všech členských zemích. I když v některých zemích zůstává citlivým tématem, o přínosnosti tohoto typu léčby panuje v EU většinový konsensus.

Pro srovnání situace v různých státech se uvádí, jaké procento z celkového počtu (odhadované prevalence) problémových uživatelů drog se léčí v substitučních programech: (viz tabulka č.1).

## 6/3 Substituce v ČR

V České republice má substituční léčba poměrně dlouhou tradici (viz také Úřad vlády, 2003). Existují dobře zdokumentované případy závislosti na podomácku připravovaném opiátu „braun“, které byly léčeny tzv. „divokou substitucí“ – tedy předepisováním léku s nízkým potenciálem ovlivnit pacientovo vědomí, ale schopné obsadit opiátové receptory a tak potlačit abstinenci příznaky. Nejčastěji se od sedmdesátých let minulého sto-

letí používal Diolan® (obsahující etylmorfin) a Temgesic® (obsahující buprenorfin).

V roce 1992 dovezl vedoucí lékař nadace Drop-In ze Švýcarska několik kilogramů metadonu se záměrem poskytovat jej svým nejproblematičtějším pacientům, u nichž selhaly všechny ostatní možnosti léčby. Z pohledu tehdy platných právních i zdravotních předpisů tehdejší ČSFR se jednalo o čin na hranici legality, přesto Ministerstvo

<sup>4</sup> Pro podrobnější studium farmakologie jednotlivých substitučních látek doporučuji například český překlad (Swiss Federal Office for Public Health, 1998).

<sup>5</sup> Ve Francii to byl buprenorfin.

Tabulka 1: Substituční léčba problémových uživatelů drog v EU a Norsku (EMCDDA et al., 2002)

Země	Odhad prevalence problémového užívání drog <sup>(1)</sup>	Odhad počtu klientů substituční léčby	Míra pokrytí substituční léčbou (%) <sup>(2)</sup>
Belgie	20 200	7 000 (stav z roku 1996)	35 <sup>(3)</sup>
Dánsko	12 752 – 15 248	4 398 (4 298 na metadonu, 100 na buprenorfinu) (stav k 1. lednu 1999) <sup>(4)</sup>	27 – 34
Německo	80 000 – 152 000	50 000 (2001) <sup>(4)</sup>	33 – 63
Řecko	Data nejsou k dispozici	966 (stav k 1. lednu 2000) <sup>(4)</sup>	Data nejsou k dispozici
Španělsko	83 972 – 177 756	72 236 na metadonu (stav v roce 1999) <sup>(4)</sup>	41 – 86
Francie	142 000 – 176 000	71 260 (62 900 na buprenorfinu, 8 360 na metadonu) (stav k prosinci 1999) <sup>(4)</sup>	40 – 50
Irsko	4 694 – 14 804	5 032 (stav k 31. prosinci 2000) <sup>(4)</sup>	34 – 100 <sup>(5)</sup>
Itálie	277 000 – 303 000	80 459 (stav z roku 1999) <sup>(4)</sup>	27 – 29
Lucembursko	1 9000 – 2 200	864 (164 v oficiálním programu a + 700 dostávalo od praktických lékařů na předpis Mephenon <sup>®</sup> , tj. metadon v pilulkách) <sup>(4)</sup>	38 – 45
Nizozemí	25 000 – 29 000	11 676 (stav z roku 1997)	40 – 47
Rakousko	15 984 – 18 731	4 232 (stav k 1. lednu 2000) <sup>(4)</sup>	23 – 26
Portugalsko	18 450 – 86 800	6 040 (stav k 1. lednu 2000)	7 – 33
Finsko	1 800 – 2 700 <sup>(6)</sup>	240 (170 na buprenorfinu a 70 na metadonu)	9 – 13
Švédsko	1 700 – 3 350 <sup>(6)</sup>	621 (stav k 31. květnu 2000) <sup>(4)</sup>	19 – 37
Spojené království	88 900 – 341 423 <sup>(7)</sup>	19 630	6 – 22
Norsko	9 000 – 13 000	1 100 (stav z roku 2001)	8 – 12

**Vysvětlivky:**

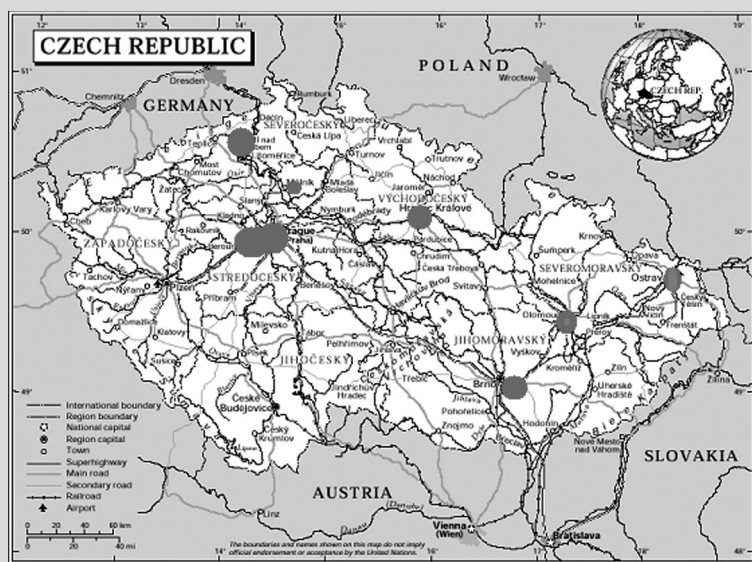
- (1) Metody používané pro odhad rozsahu problémového užívání v jednotlivých zemích Evropské unie se značně liší. V kapitole 1 Výroční zprávy EMCDDA za rok 2002, která se věnuje problémovému užívání drog, a v online tabulce 1 (<http://annualreport.emcdda.org>) najdete podrobnější informace o národních prevalencích a problémovém užívání drog. S výjimkou Švédska a Finska, kde dochází ke značnému užívání amfetaminu, se odhady problémového užívání týkají především uživatelů opiátů. Zde uvedené odhady nezahnují uživatele amfetaminu.
- (2) Odhad podílů problémových uživatelů v substituční léčbě.
- (3) Prevalenční údaj zahrnuje pouze injekční uživatele drog, míra pokrytí substituční léčbou tedy může být nadhodnocena.
- (4) Informace poskytnuté přímo národním monitorovacím centrem.
- (5) Stopercentní míra pokrytí substituční léčbou se zdá nepravděpodobná, prevalenční odhad ve výši 4 694 může znamenat podhodnocení současné prevalence.
- (6) Pouze uživatelé opiátů.
- (7) Přesnější údaje pro Spojené království: prevalence problémového užívání drog (opiátů) = 162 000 – 244 000; počet klientů v substituční léčbě = 35 000; míra pokrytí = 14 – 22%.

zdravotnictví ČSFR povolilo substituční léčbu provádět v zařízení Drop-In jako jednoletý experiment. Tento experiment nebyl příslušnými místy nikdy vyhodnocen. Lze nicméně jednoznačně konstatovat, že u pacientů zařazených do „experimentu“ se podstatně zlepšil somatický i psychosociální stav. Po uplynutí roku nebylo Drop-Inu povoleno v experimentu pokračovat; to mělo za následek návrat všech pacientů z menší části k divoké substituci, ve větší pak k ilegálně připravovaným drogám: braunu a pouličnímu heroínu.

Se silícím přílivem heroínu do České republiky a zvyšováním počtu jeho uživatelů se potřeba zavést substituční terapii opiatovými agonisty vynořila znovu a v naléhavější míře. V červenci

1997 rozhodlo Ministerstvo zdravotnictví ČR o spuštění dalšího „pilotního programu“ – tentokrát v Oddělení pro léčbu závislosti I. LF a VFN (Popov, 2002). Rozsah programu byl omezen na maximum 20 pacientů a záměrem ministerstva bylo po roce trvání „experimentu“ ověřit léčebné výsledky. Za tímto účelem si MZ ČR sestavilo odbornou skupinu.

K externí evaluaci nicméně nedošlo; po roce běhu programu připravil personál oddělení krátký souhrn dokumentující pozitivní změny ve zdravotním a psychickém stavu pacientů, stejně jako významný pokles v jejich kriminálních aktivitách; ten byl MZ ČR vzat na vědomí a experimentální program dále pokračoval omezen na 20 pacientů.



Paralelně se změnou trestního zákona v dubnu 1998<sup>6</sup> přijala Poslanecká sněmovna Parlamentu ČR doprovodné usnesení zaměřené na léčebnou složku protidrogové politiky a mj. žádající MZ ČR o evaluaci „experimentu“ a následně rozšíření léčby na všechna potřebná místa. Na vzrůstající potřebu zvýšení kapacity substituční léčby a následný tlak z léčebné sféry reagovala i Poslanecká sněmovna PČR a vláda ČR. Na počátku roku 1999 tak Ministerstvo zdravotnictví ČR sestavilo novou pracovní skupinu, která v poměrně krátké době připravila

Standardy substituční léčby (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2001a), vzdělávací program pro odborné lékaře a střední zdravotnický personál, stejně jako Registr substituční léčby (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2001b). V mezidobí se kapacita apolinářského programu zvýšila téměř na 100 pacientů; poptávku po léčbě v hlavním městě nicméně pokrýt nestačil. V květnu 2000 bylo spuštěno dalších 7 specializovaných zařízení v nejpostijeňších lokalitách republiky (viz obrázek 1), na konci roku 2002 pak osm zařízení (v Praze již třetí).

<sup>6</sup> Zavádějící kromě jiných změn trestnost držení drog pro vlastní potřebu.

Během dvou let provádění substituční terapie v republice se ukázalo, že existující systém „center“ není schopen dostatečně vyhovět léčebné poptávce ve smyslu potřeb pacientů ani veřejného zdraví.

**Tabulka 2:** Registr pacientů substituční léčby metadonem (stav k 31. prosinci 2002)

C E N T R A	STAV REGISTRU CELKEM
VFN - Praha 2	54
FN s pol. Ostrava-Poruba	2
Ambulance AT Olomouc	4
DPS Elysium Brno	52
Metadon.jednotka Ústí nad Labem	119
DROP IN o.p.s. (obě pracoviště)	100
Amb. OAT Hradec Králové	11
Ordinace AT Mělník	11
<b>CELKEM</b>	<b>353</b>

K 31. prosinci 2002 se léčbě metadonem v České republice podrobovalo 353 pacientů. Tento stav je možno považovat za stabilizovaný; s výjimkou Plzně a Českých Budějovic jsou pokryta všechna bývalá krajská města, která tvoří přirozená centra regionů a jsou tradičně nejvíce postižená zneužíváním nelegálních i legálních drog.

Počet klientů substituční léčby v ČR ani jejich podíl ve vztahu k počtu problémových uživatelů opiátů (2,3 % - srov. k zemím EU v tabulce 1) neodpovídá stavu ve vyspělých zemích. Při existujícím odhadu 15 000 problémových uživatelů opiátů v České republice by cílovým stavem mělo být nejméně 2,5-5 tisíc pacientů substituční léčby.<sup>7</sup>

Je nutno podotknout, že jde o jedinou léčebnou modalitu v České republice, která dokázala přitáhnout alespoň část početné populace romských uživatelů opiátů do kontaktu s odbornou pomocí.

Na počátku roku 2001 byl Státním ústavem pro kontrolu léčiv (SÚKL) registrován léčebný přípravek Subutex®, obsahující buprenorfin.<sup>8</sup> Subutex nebyl, na rozdíl od metadonu, podle současné legislativy zařazen mezi léky s povinným hlášením do registru. Také jeho preskripcce není nijak omezena<sup>9</sup>, a tak je jediným limitem jeho cena, pohybující se v průměru okolo asi 840 Kč týdně. Podle sdělení výrobce se v první polovině roku 2002 významně zvýšil počet prodaných marží.

Počet pacientů není znám a kvalifikovaný odhad, vycházející z hypotetické „průměrné dávky“, se pohybuje mezi 400 a 600 pacienty.

V rámci komponentu 3 PHARE projektu „Strengthening Drug Policy“ pracovala od podzimu 2001 desetičlenná expertní skupina *Substitute*.<sup>10</sup> Ta vypracovala analýzu potřeb:

### VÝSLEDKY ANALÝZY POTŘEB V OBLASTI SUBSTITUČNÍ LÉČBY V ČR

- Rozšířit dostupnost substituční léčby rovnoměrně na celé území republiky, tj. umožnit podávání a preskripci metadonu a buprenorfinu (příp. dalších substitučních látek) pacientům nejen ve specializovaných zařízeních, ale také psychiatrům, všeobecným a dorostovým lékařům, a to za přesně definovaných podmínek. Za nejvýhodnější považuje expertní skupina model, používaný u jiných specializovaných terapií – tj. konzultaci se specializovaným zařízením při úvodu do terapie a ustavení toku informací a pacientů mezi dispensární ordinací a specializovaným zařízením podle pacientových potřeb ve smyslu aktuálních poznatků lékařské vědy.
- Provádění substituční léčby nesmí pro poskytovatele představovat ekonomickou ztrátu; to musí být zohledněno v politice pojišťoven ve smyslu hrazení alespoň jednoho substitučního přípravku a hrazení příslušných zdravotních úkonů.

<sup>7</sup> Celkem léčbu bez použití opiátových agonistů v ČR využívá přibližně 3 200 „opiátových“ pacientů.

<sup>8</sup> Syntetický opioid, smíšený agonista/antagonista opiátových receptorů; účinný při léčení lehkých forem závislosti na opiátech a pro řízené postupné detoxifikace.

<sup>9</sup> Může jej tedy podepisovat každý lékař bez ohledu na odbornost.

<sup>10</sup> Za stálé účasti zástupců poskytovatelů léčby, MZ, MPSV, MV, zahraničního experta (EU) a epidemiologa.



- Léčba (nejen opiátové) závislosti musí být dostupná v policejním zadržení i vazbě, a to jak léčba opiátovými agonisty, tak bez jejich použití. Přerušeni léčby může znamenat významnou hrozbu pro pacientovo zdraví.
- Zvýšení dostupnosti substituční léčby musí předcházet relevantní vzdělávací program pro jeho poskytovatele.
- Skupina klade důraz na evaluaci substitučních léceb ve smyslu akreditačních standardů.

Skupina se tak zaměřila v další práci na vypracování vzdělávacích kurikul pro poskytovatele substituční terapie, lékaře s jinou než AT atestací; podle sdělení zástupce MZ ČR<sup>11</sup> bude hrazení při-

slušných výkonů i registrace metadonového přípravku pro substituční léčbu schváleno během roku 2003. Tato vzdělávací osnova byla ověřena na pilotním semináři, pořádaném programem PHARE a Institutem pro postgraduální vzdělávání ve zdravotnictví v Praze (IPVZ), který ji akceptoval jako podklad pro doplnění postgraduálního vzdělávání lékařů.

Rovněž bylo oznámeno plánované zařazení buprenorfinu do Registru povinného hlášení substituční léčby. V r. 2003 je plánováno zavedení hromadně vyráběného léčivého přípravku, obsahujícího metadon, na český trh; tím by se měla významně zvýšit dostupnost substituční léčby v České republice.

## 6/4

## Substituční léčba ve vězeňském systému EU

Země Evropské unie obecně uznávají nutnost poskytovat pacientům léčbu ve stejném spektru a kvalitě jako na svobodě. I když se podle EMCDDA tomuto závazku nedaří co do léčby zneužívání drog v plné šíři vždy dostát (EMCDDA, Griffiths, Nilson, Carpentier, Merino, 2003), mají v EU možnost přijímat substituční léčbu vězni a osoby ve vazbě ve všech zemích s výjimkou Švédska.

Obecně řečeno byl v evropských vězeních zaveden tento typ léčby, ve shodě s doporučením Světové zdravotnické organizace<sup>12</sup>, až v devadesátých letech.<sup>13</sup> Nejpádňější důvod shrnuje Bossong: „Ve vězeních se vyskytuje ve velké míře právě „klasická“ skupina ideálních pacientů substituční léčby pro tento typ terapie: ti, kteří selhali v jiných typech léčby, ti, kteří nechtějí žít zcela bez psychotropních látek, a ti, kteří jsou fyzicky a sociálně handicapováni. Pacient může být zastížen v libovolnou dobu, a tak lze vydávání metadonu i testy moči provádět bez jakýchkoliv problémů. Hlavní cíl uvěznění, tedy „přimět delikventa vést život tak, aby se nedopouštěl dalších zločinů“ (což neznamená nutně absolutní abstinenci), se shoduje s jedním z cílů metadonové / substituční léčby (citováno v Stöverovi, 2001).

Nejrozvinutější systém substituční léčby pro vězně závislé na opiátech existuje ve Španělsku a v Rakousku, kde je provázen psychosociální léčbou a řadou dalších doprovodných modalit; nejvyšší podíl vězňených uživatelů drog léčebných substituční léčbou je ve Španělsku (60 %) (EMCDDA, 2002).

Všude s výjimkou Švédska je uznáváno právo vězně pokračovat v substituční léčbě, pokud byl jejím pacientem na svobodě. V Británii se odhaduje, že takto pokračuje v substituci třetina těch, kteří byli jejími pacienty na svobodě. Jen v některých zemích (Rakousko, Španělsko, Portugalsko a některé spolkové země Německa) má vězeň možnost s léčbou ve vězení či vazbě začít (Stöver, 2001).

Substituční léčba ve vězení je v řadě zemí EU stále považována za kontroverzní téma; naproti tomu pomalá detoxifikace pomocí metadonu je zaváděna stále rozsáhleji a bez větších problémů. V zásadě ve všech zemích EU substituční/metadonová léčba prošla (a v některých dosud prochází) stejnými problémy, které opakují postoje k substituci na svobodě, jak jimi jednotlivé země prošly před řadou let; nádavkem přistupuje spe-

<sup>11</sup> Březovský: Steering Committee PHARE Twinning Project „Strengthening Drug Policy“, 7. června 2002 – ústní sdělení.

<sup>12</sup> „...vězni, kteří byli pacienty metadonové léčby v období před uvězněním, by měli mít metadonovou léčbu přístupnou i ve vězeních. V zemích, kde je metadonová léčba závislá na opiátech poskytována na svobodě, měla by být poskytována i ve vězeních... (WHO, 1993).

<sup>13</sup> Stejně jako v dalších zemích – např. Kanadě, Austrálii a dokonce i v USA (kde prvním bylo vězení Rykers Island, New York City).

cifická problematika trojúhelníku vězeňský lékař/zdravotníci-vězeňský personál-vězni; ta nejtýpčtěji zahrnuje (volně podle Stöver, 2001):

- Zásadní orientace na abstinenci. Doba uvěznění je lékaři a ostatním vězeňským personálem vnímána jako čas, kdy je třeba „překonat drogovou závislost“, resp. vést život bez psychotropních látek. Substituční léčba je zastánci této filozofie vnímána jako „prodloužování závislosti“.
- Kritéria pro poskytování substituční léčby nejsou mnoha vězněným uživatelům opíatů podle francouzské studie zcela jasná a připadají jim neprůhledná: „Ve vězení jsou někteří lidé vnímáni jako pacienti a jiní jako závislí.“
- Poskytování substituce je závislé na náhledu lékaře a personálu té které věznice.
- Metadon (a buprenorfin) je často personálem věznic vnímán jako „potěšení pro vězně“ a nikoliv jako lék, jenž je součástí léčby (podle studie z Itálie). Jde o klasickou paliativní léčbu/přístup harm reduction, pro níž je abstinence od všech opiátových látek až druhotným cílem.
- Obvyklý cíl substituční léčby – oddálení pacienta od drogové scény a od vězeňské kultury – je v totalitní instituci typu vězení jen těžko dosažitelný. Obvyklé poměry ve věznicích udržení pacientů od lokální drogové scény prakticky znemožňují. V některých zemích (Rakousko, Německo) jsou pacienti substituční léčby separováni ve zvláštních odděleních a dostává se jim zvláštní podpory.
- Je rovněž těžké zachovat anonymitu a důvěrnost této léčby. Vzhledem k faktu, že vězni si musí pro dávku metadonu a další podporu docházet někdy napříč celým vězením, je každému jasné, kdo je pacientem.
- Přestože studie prokazují, že substituční léčba nepředstavuje pro vězení rušivý element a má pozitivní efekt na užívání drog uvnitř nich, bývá podkladem pro další kontakt s terapeutem a pro léčbu, má významný efekt pro zamezení šíření krevně přenosných nemocí uvnitř vězení a pro zamezení předávkování (především po propuštění z vězení, kdy snížená tolerance znamená pro závislé

významné riziko), je na substituci často nahlíženo jako na krok směrem k povolení užívat drogy, tedy jako na podkopávání snahy věznic o trvalou abstinenci.

- Nestejnorodost konceptů kontroly. Zatímco pro vězeňský personál je pozitivní nález nelegální drogy v moči podkladem pro sankce (typicky ztrátu privilegií), pro zdravotní personál znamená špatné nastavení dávky, která je pak upravována.

Substituční léčba ve vězeních je často součástí širšího konceptu léčby a služeb pro uživatele drog, který zahrnuje také psychosociální podporu ze strany zaměstnanců nebo od zdravotníků a/nebo sociálních pracovníků z institucí mimo věznice. Jejich cílem bývá (volně podle Stöver, 2001):

- snížit četnost užívání injekčních drog a sdílení jehel (zdravotnický cíl),
- snížit šíření infekčních nemocí a výskyt souvisejících poškození (virové hepatitidy, HIV/AIDS, abscesy, předávkování atd.) ať už ve vazbě či výkonu trestu nebo (především) v období těsně po propuštění atd. (zdravotnický cíl),
- potlačit obchod s drogami a jejich pašování dovnitř věznic (ekonomický cíl),
- stabilizace uživatelů, kteří byli pacienti substituční léčby již před vstupem do vězení, a to zejména v období příchodu do vězení (zdravotnický a technický cíl),
- snížit rozsah rozvoje subkulturních, vězeňských vzorců chování (sociální a specifický vězeňský cíl),
- vytvořit podklad pro převod do otevřeného vězení (rehabilitační cíl),
- snížit pravděpodobnost relapsu (návratu k užívání nelegálních drog),
- prevence recidivy trestné činnosti (cíle v oblasti prevence kriminality),
- podpora reálného potenciálu jednotlivých vězňů.

Podle Stöverovy (2001) studie, pořízené pro EMCDDA, byly podle údajů jednotlivých zemí počty pacientů různých forem substituční léčby v zemích EU následující:

Tabulka 3: Údaje o substituci ve věznicích zemí EU

Země	Substituční látky ve věznicích	Počet pacientů	Údaj z období
Anglie a Wales	hlavně metadon, v menší míře lofexidin a dihydrokodein	počet není znám	
Belgie	metadon	počet není znám	
Dánsko	metadon	290	1999
Finsko	metadon a buprenorfin	8	1998
Francie	buprenorfin a metadon	1036	březen 1998
Irsko	metadon	184 na substituci a 53 na dlouhodobém xeroxu	prosinec 2000
Itálie	metadon	939	1999
Lucembursko	metadon	počet není znám	
Německo	metadon	800	2000
Nizozemí	metadon	počet není znám	
Portugalsko	metadon, LAAM	počet není znám	
Španělsko	metadon	18 889	1999
Švédsko	není dostupná	0	
Rakousko	metadon	345	listopad 2001
Řecko	metadon	počet není znám	

## 6/5

## Kolik uživatelů opiátů je v českých věznicích?

Vztah mezi drogami a zločinem je poměrně složitý. Přestože bylo podniknuto značné výzkumné úsilí prokázat mezi nimi příčinnou souvislost, obecně a bezvýhradně přijímaná interpretace neexistuje. Všeobecně se má za to, že (problémové) užívání nelegálních drog<sup>14</sup> nemusí být příčinou začátku kriminálních kariér, že ale drogy zintenzivňují a prodlužují kriminální aktivity. Zdá se, že ti, kdo užívají tzv. pouliční drogy, páchají závažnější zločiny v delších a nepřerušovanějších řadách než jejich vrstevníci, kteří drogy neužívají. Důsledek pro uživatele drog je nicméně jasný – častější pobyty ve vězení, ať už pro primární drogové trestné činy nebo pro sekundární drogovou kriminalitu (viz první kapitola sborníku). Proto tedy jsou věznicové prostředím s vyšší koncentrací problémových uživatelů drog, než je tomu na svobodě.

Podle dostupného prevalenčního odhadu je v České republice přibližně 37 500 uživatelů drog – z toho cca 22 500 uživatelů pervitinu a 15 000 uživatelů heroinu a braunu; počet uživatelů

jiných drog, kteří by splňovali definici problémového užívání, je považován za nevýznamný (Mravčík, Záborský, 2002).

Podle rozsáhlé rešerše na dané téma (McSweeney, Turnbull, 1999) se odhaduje, že ve věznicích splňuje definici, zhruba se shodující s definicí problémového užívání, cca 10–37 % vazebných a odsouzených, což znamenalo v ČR přibližně 1600 až 6 000 osob. Přijímáme-li hypotézu, že podíl uživatelů jednotlivých typů drog je ve věznicích zhruba stejný jako na svobodě, pak se v českých věznicích a vazebních věznicích nachází mezi 520 a 1900 uživateli, kteří opiáty užívali před nástupem trestu/vazby a/nebo užívají. To je samozřejmě velmi široký odhad – poskytuje nám ale alespoň přibližnou představu, v jakých dimenzích se při úvahách o zavedení substituce v českých věznicích pohybujeme – a také nám umožní srovnat spodní hranici tohoto odhadu údaje s budoucím údajem vězeňské správy o uživatelích opiátů, kteří ve vazbě či výkonu trestu využívají léčbu nebo jiné služby.

<sup>14</sup> Podle definice Evropského monitorovacího střediska pro drogy a závislosti (EMCDDA) se problémové užívání charakterizuje jako „injekční a/nebo dlouhodobě užívání drog kokainového, amfetaminového nebo opiátového typu. Užívání marihuany a ecstasy je z definice problémového užívání výslovně vyňato.“ (EMCDDA, 1999).

## 6/6 Výhledy pro ČR

V kapitole 6.3. byl popsán neuspokojivý stav substituční léčby v ČR, která neodpovídá současnému stavu poznání a není ve shodě s doporučeními Světové zdravotnické organizace ani příslušných institucí Evropské unie. Jedním z explicitních cílů projektu PHARE, jehož výstupem je i tato publikace, bylo připravit podmínky pro změnu tohoto nepříznivého stavu

Výsledky analýzy potřeb, která byla provedena pracovní skupinou Substitute, jež pracovala v rámci 3. komponentu, jsou shrnuty ve 3. podkapitole této kapitoly. Lze předpokládat, že za těsné spolupráce Ministerstva zdravotnictví ČR a Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky dojde k plánovanému zvýšení dostupnosti substituční léčby (v případě metadonu) a zajištění jeho kvality (v případě buprenorfinu) na přelomu let 2003 a 2004.

## 6/7 Substitute ve vězeňství : ano, či ne?

Autor tohoto příspěvku na počátku roku 2002 v rámci Purkyňových dnů Společnosti pro léčení návykových nemocí přednesl krátkou prezentaci o práci skupiny Substitute v rámci projektu PHARE včetně vyhodnocení analýzy potřeb. Následující diskuse potvrdila, že Česká republika se co do perspektivy zavedení substitute v resortu vězeňství a co do postojů zaměstnanců resortního zdravotnictví nijak zvlášť neliší od minulého stavu v zemích EU, jak je nastiněn ve 4. podkapitole tohoto příspěvku. Tak jako kdysi v zemích EU, i u Apolináře nejčastěji vznášenou námitkou byla „vyšší účinnost abstinenci léčby“ spolu s uváděním příkladů prospěchu, který během takové léčby v podmínkách výkonu trestu či vazby pacient získal, a zdůrazňování poměrně hladké detoxikace, která je obvykle pacientům, závislým na opiátech, při příchodu do výkonu trestu prováděna. Nebudu znovu rozdmýčovat spor, zda existuje něco jako „nadřazenější“ a „podřadnější“ léčba, protože ta je v lékařském světě dávno rozhodnuta: existuje jen léčba indikovaná správně, nebo špatně.

Taktéž nezpochybňuji výhody asistované detoxikace a pokroky, kterých v tomto směru adiktologie dosáhla; na druhé straně nemohu než konstatovat, že zbavit pacienta fyzické závislosti je v podstatě rutinní a krátkodobý proces – zato odstranění závislosti psychické je proces dlouhodobý a v některých případech celoživotní a právě v této perspektivě je třeba problémem závislosti nazírat.

V této souvislosti mi proto nejdůležitější přišlo a přijde, že vědomost personálu o průběhu chronického relapsujícího onemocnění vězňů/pacientů po opuštění výkonu trestu či vazby byla limitně blízká nule. Právě četné relapsy a vysoká míra předávkování (v některých případech smrtelných) po opuštění léčby ve výkonu trestu byla přitom jedním z hlavních důvodů zavádění substituční léčby ve věznicích Evropské unie – procesu, který stále ještě není dokončen a v některých zemích EU rovněž není vnímán bez kontroverze (viz výše).

Ve shodě se zásadou, že ve vězení a vazbě má být pacientovi dostupná léčba ve stejném rozsahu a kvalitě jako na svobodě, a ve shodě s doporučením WHO byli od samého počátku do pracovní skupiny Substitute projektu PHARE na ad hoc bázi zvaní i zástupci zdravotní služby GRVS; od počátku se ukázalo, že existuje všeobecný konsensus, podle něž by substituční léčba měla být dostupná pro osoby ve vazbě, na něž je třeba pohlížet jako na netrestané. Stále očividnější se ale stává obtížná logistická proveditelnost konceptu, podle něhož by existoval odlišný režim pro osoby ve výkonu trestu a ve vazbě.

V rámci pracovní skupiny Substitute projektu PHARE proběhla v listopadu 2002 krátká studijní návštěva rakouských věznic, v nichž je substituční léčba poskytována. Návštěvy se mj. zúčastnili vysocí úředníci a výzkumníci VS a další zainteresovaní odborníci z pracovní skupiny Substitute

projektu PHARE i ze skupiny Vězeňství. Krátký pobyt v Rakousku splnil svůj cíl: poskytl završený vhled do problematiky přímo v zemi, která je v tomto ohledu vysoce hodnocena evropskými institucemi, dal možnost posoudit výhody a obtíže zavádění substituční léčby v prostředí věznic z pohledu institucionálního (Ministerstvo spravedlnosti, Ministerstvo zdravotnictví), zdravotnického (lékaři a další zdravotníci) i praktického (personál věznic a policisté).

Rozhodnutí, kdy a zda vůbec zavést substituční léčbu v podmínkách vazby a případně výkonu trestu, přísluší plně odpovědným vedoucím pracovníkům VS. Prozatím bylo deklarováno, že tato léčba bude zavedena v okamžiku, kdy o ni nastupující vězeň požádá. Společnost pro léčbu návykových nemocí podala v této souvislosti podnět k řadě úprav Standardů substituční léčby (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2001a); zřejmě nejdůležitější je vypuštění ustanovení z bodu 7.1.2 (Relativní kontraindikace substituční léčby) ve znění „blízké uvěznění (není-li ve vězení dostupný substituční program), ve kterém by mohl klient pokračovat“. Ten by totiž paradoxně mohl zavést celý proces do bludného kruhu – program nebude k dispozici, dokud pacient nepožádá, a pacient nepožádá, protože se jej terapeut bude podle Standardů před nástupem trestu snažit převést do abstinčního režimu bez ohledu na zdravotní oprávněnost takového postupu.

Jako lékař, který se profesionálně zabývá veřejným zdravím a stojí vně vězeňského systému, zavedení standardní léčebné modality do vězeň-

ství bezvýhradně podporuji; důvody vyplývají z předchozích částí tohoto materiálu, pokusím se je nicméně shrnout do hesel:

- substituční léčba je v České republice standardní léčebnou modalitou a její účinnost je na celosvětové úrovni důkladně prověřena s konzistentními výsledky,
- substituční léčba nebude ani v podmínkách vazby léčebnou modalitou, která by „soutěžila“ s abstinčně orientovanou léčbou; naopak, bude-li správně indikována a prováděna, bude představovat k abstinční léčbě významný doplněk a v ideálním případě bude klienty do abstinční léčby „dodávat“; naopak ti, kteří v abstinční léčbě selžou, budou mít možnost přejít do méně náročného, přesto však před užíváním nelegálních drog a z toho vyplývajících důsledky chránícího režimu,
- objem poskytované substituce „na svobodě“ bude v České republice v historicky krátké době významně zvýšen a logicky se zvýší i příliv jejich pacientů do vazby a výkonu trestu, kteří budou vyžadovat její pokračování, jež jim při postupu lege artis nelze odmítnout,
- přistoupení k Evropské unii vytvoří další tlak na „intervence založené na vědeckých důkazech (evidence-based policy)“ a na otázky spojené s lidskými právy, mezi něž patří právo na komplexní lékařskou péči,<sup>15</sup>
- narůstající spolupráce se subjekty mimo vězeňský systém povede ke stále většímu důrazu na osud vězňů po propuštění a nikoliv na „preferovanou léčebnou modalitu“ během výkonu trestu nebo vazby.

## 6/8

## Kurs IPVZ „Substituční léčba“

Projekt PHARE k tomu vytvořil všestranné podmínky. Zřejmě nejdůležitější výstup představují Pilotní vzdělávací osnovy, zmíněné ve 3. podkapitole; ty byly přijaty Institutem pro postgraduální vzdělávání ve zdravotnictví a na jejich podkladě bude v nejbližší době spuštěn první běh, zřejmě dvoudenního, kursu. Komplexní vzdělávací kurs byl zčásti inspirován tzv. „Videňským modelem“, jenž je v Evropě všeobecně považován za neefektivnější a zahrnuje:

**Obecnou část**

- Stručný epidemiologický úvod, definici základních pojmů.
- Přehled legislativy upravující substituční léčbu nebo se vztahem k ní.
- Přehled modalit snižování poptávky po drogách.

**Specializovanou část**

- Pro všechny zúčastněné profesionály (koordinace substituční léčby a průběžné vzdělávání, garance

<sup>15</sup> Jakkoliv existuje extrémní švédský precedens jeho nedodržení.

kvality, praktická organizace substituční léčby s důrazem na multidisciplinární přístup a síťování mezi modalitami a jejich poskytovateli).

- Pro zdravotnický a psychosociální personál (obsáhla specializovaná část, jejíž popis přesahuje možnosti této kapitoly).
- Specifika České republiky (organizační aspekty, popis situace a adresáře pro další využití).

Tento kurs je otevřen všem, kteří mají zájem – tedy přirozeně i specializovanému (případně i nespécializovanému) personálu z oblasti vězeňství. Další podrobnosti podá a přihlášky přijímá odborný garant programu MUDr. Petr Popov na adrese IPVZ, Ruská 85, 100 05 Praha 10; e-mail: petr.popov@vfn.cz.

## 6/9 Závěr

Co říci závěrem této kapitoly ve sborníku, jenž je určen právě pracovníkům vězeňství? Snad vyzvat k účasti v kursu a případně i ke krátké stáži na civilním pracovišti substituční léčby nebo k přihlášení se k dalšímu studijnímu pobytu do Rakouska nebo jiné země EU s odpovídajícím programem.

Sám jsem se na sobě i na jiných v tomto i jiných případech přesvědčil, že osobní znalost dosud abstraktního a jakousi pikantérii zahaleného problému dokáže věci posunout k cíli, jimž je – a musí být – prospěch pacientů (i když v tomto případě zároveň vězňů) a tím prospěch celé společnosti.

## Literatura

- EMCDDA. (1999). Study to Obtain Comparable National Estimates of Problem Drug Use Prevalence for all EU Member States. Chap. CT.97.EP.04. Lisbon: EMCDDA. Notes: [http://www.emcdda.org/multimedia/project\\_reports/situation/study\\_national\\_pdu\\_report.pdf](http://www.emcdda.org/multimedia/project_reports/situation/study_national_pdu_report.pdf)
- EMCDDA. (2002). Reviewing current practice in drug-substitution treatment in the European Union (EMCDDA Insights series ed.). Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Gerstein, D. R., Harwood, H. J. (1990). Treating Drug Problems. Washington: National Academy Press.
- Griffiths, P., Nilson, M., Carpentier, C., Merino, P. P. (2003). Treating drug users in prisons - a critical area for health promotion and crime reduction policy. EMCDDA, Drugs in Focus - Briefing, 7.
- Institute of Medicine. (1990). A Study of the Evolution, Effectiveness, and Financing of Public and Private Drug Treatment Systems. in Institute of Medicine Treating Drug Problems (Vol. 1, Chap. 1, ). Washington, DC: National Academy Press.
- McSweeney, T., Turnbull, P. J. (1999). Drug treatment in prison and aftercare: a literature review and results of a survey of European countries [Web Page]. URL <http://www.pompidou.coe.int/English/penal/prison/dmop-e041.htm> [2003, April 12].
- Ministerstvo zdravotnictví ČR. (2001a). Metodické opatření MZ ČR č. 4: Standard substituční léčby. Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR, ZD 4/2001. Notes: [http://www.mzcr.cz/data/c185/lib/Meta\\_stand.doc](http://www.mzcr.cz/data/c185/lib/Meta_stand.doc)
- Ministerstvo zdravotnictví ČR. (2001b). Národní registr uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek (NRUSL). Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR, ZD 06/2001 .
- Mravčík, V., Zábanský, T. (2002). Prevalenční odhad problémových uživatelů drog v ČR - syntéza dostupných dat (The prevalence estimate of problem drug use in Czech Republic - synthesis of available data). Adiktologie Supplementum (Vybrané studie Analýzy dopadů novelizace drogové legislativy v ČR / Selected Substudies of the Impact Analysis Project of New Drugs Legislation in The Czech Republic), 1(1), 22-43.
- Nilson, M., Solberg, U., Ballotta, D., Wiessing, L. (2002). Key role of substitution in drug treatment. EMCDDA, Drugs in Focus - Briefing, 1(1). Notes: [http://www.emcdda.org/multimedia/publications/Policy\\_briefings/pb1\\_1/pb\\_01\\_EN.pdf](http://www.emcdda.org/multimedia/publications/Policy_briefings/pb1_1/pb_01_EN.pdf)
- Popov, P. (2002). Metadonová substituční léčba v České republice (Methadone Maintenance Treatment in the Czech Republic). Adiktologie, 2(1), 24-31.
- Role substituce v oblasti léčby závislosti na drogách (2003). Zaostřeno na drogy č.2. Úřad vlády ČR, Praha.
- Stöver, H. (2001) Study On Assistance To Drug Users in Prisons [Web Page]. URL [http://www.archido.uni-bremen.de/eldok/docs\\_en/stoever\\_habil\\_2000.htm](http://www.archido.uni-bremen.de/eldok/docs_en/stoever_habil_2000.htm) [2003, April 12].
- Swiss Federal Office for Public Health. (1998). Drogy na předpis - vědecké podklady a zkušenosti (The Medical Prescription of Narcotics - Scientific Foundations and Practical Experiences). Olomouc: Votobia.
- WHO. (1993). Guidelines on HIV Infection and AIDS in Prison . Geneve: WHO. Notes: <http://www.unaids.org/publications/documents/sectors/prisons/una9947e.pdf>





# PŘÍLOHY

## PŘÍLOHA 1 / Příklady různých typů již fungujících specializovaných oddělení

**Věznice nebo vazební věznice  
(k 31. 12. 2002)**

Bělušice:

oddělení specializované na výkon trestu odsouzených s poruchou osobnosti a chování způsobenou užíváním psychotropních látek.

Opava:

oddělení specializované na výkon ochranného léčení protitoxikomanického v ústavní formě (mladiství vězni) a oddělení specializované pro výkon ochranných léčení protitoxikomanického, protialkoholního a léčení pro patologické hráčství v ústavní formě u odsouzených žen.

Plzeň:

oddělení specializované pro výkon trestu odsou-

zených s poruchou osobnosti a chování způsobenou užíváním psychotropních látek.

Příbram:

oddělení specializované pro výkon trestu s poruchou osobnosti a chování způsobenou užíváním psychotropních látek.

Rýnovice:

oddělení specializované pro výkon ochranného léčení protitoxikomanického v ústavní formě.

Znojmo:

oddělení specializované pro výkon ochranného léčení protitoxikomanického v ústavní formě.

Kuřim:

oddělení specializované na sexuální devianty.

## PŘÍLOHA 2 / Plné znění úkolů vyplývajících z vládního usnesení č. 594/2003 ze dne 4. června 2003 k závěrům projektu PHARE Twinning 2000 Posílení národní protidrogové politiky týkající se vězeňství

**Bod 1.8. Usnesení**Zavést ve vězeňské službě systém sledování a hlášení dat o léčebné péči uživatelům ilegálních drog ve věznicích a monitorování infekčních onemocnění, zejména HIV/AIDS a virových hepatitid, a dalších dat v souladu s metodologií Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogové závislosti (EMCDDA). *Termín:* do 31. 12. 2003  
Provede: ministr spravedlnosti**Bod 2.1. Usnesení**Personálně posílit příslušné odbory ministerstev práce a sociálních věcí, spravedlnosti, školství, mládeže a tělovýchovy a zdravotnictví odpovědné za plnění úkolů státní protidrogové politiky v rámci stávajících rezerv funkčních míst těchto resortů. *Termín:* do 30. 9. 2003 Provede: ministryně školství, mládeže a tělovýchovy, zdravotnictví, ministři spravedlnosti a práce a sociálních věcí**Bod 3.12. Usnesení**Provést analýzu potřeb harm reduction programů ve vězeňství a na jejím základě realizovat úkol č. 3.13. pro oblast harm reduction ve věznicích. *Termín:* do 30. 12. 2003 Provede: ministr spravedlnosti**Bod 3.13. Usnesení**Zpracovat závěry a doporučení pracovních skupin Vězeňství a Substituční léčba do Projektu strategie protidrogové politiky ve vězeňství. *Termín:* do 30. 6. 2004 Provede: ministr spravedlnosti**Bod 3.14. Usnesení**Zajistit dostupnost substituční léčby ve věznicích, vazebních věznicích a v policejních celách v návaznosti na úkol 3.9. této přílohy. *Termín:* do 31. 12. 2004 Provede: ministr spravedlnosti a ministr vnitra ve spolupráci s ministryní zdravotnictví<sup>1</sup> Úkol č. 3.9. Ministryně zdravotnictví: Zvýšit dostupnost substituční léčby rovnoměrně na celém území republiky na základě identifikovaných potřeb a požadavků. (Termín splnění: do 31. 12. 2004).

**PŘÍLOHA 3 / Seznam základních (možných) preventivní opatření ve věznicích**  
(Připravil Harald Spirig)

V následující tabulce jsou vyjmenována aktuální preventivní opatření v evropských věznicích. Výčet není úplný, každé z uvedených opatření je však realizováno v jedné nebo více zemích. V současnosti nebyla v žádné zemi realizována všechna opatření.

Při plánování a realizaci jednotlivých opatření jsou důležité následující otázky:

- Jakého cíle chceme pomocí daného opatření dosáhnout.
- Kdo tento cíl definuje a jaké rozdíly jsou v tom obsaženy: úřad (určitá věznice), skupina v rámci věznice atd.
- Na kterou cílovou skupinu má být toto opatření zaměřeno: všichni vězni, určitá skupina vězňů, jiní...

- Na jaké úrovni by mělo být toto opatření zavedeno: na národní úrovni, v určité věznici, v dílčí oblasti vězení.
- Kdo jsou lidé, kteří se zabývají zavedením tohoto opatření: interní, externí, NNO...
- Kdo jsou lidé, kteří se zabývají realizací: interní, externí, NNO...
- Jaké prostředky jsou nezbytné pro zavedení a realizaci, které prostředky jsou již k dispozici, které chybějící prostředky mohou být zajištěny a odkud.
- Které údaje jsou k dispozici nebo chybí, jaká forma běžné dokumentace a hodnocení je nutná a vhodná.

<b>Informování vězňů</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Umožnění přístupu k informačnímu materiálu pro všechny vězně. Informace k všeobecným zdravotním otázkám a otázkám z oblasti hygieny; infekční rizika a cesty nákazy, HIV/AIDS, hepatitida; drogy, sterilizační prostředky, výměna injekčních jehel a stříkaček; prevence a antikoncepční prostředky.</li> <li>- Oznámení důležitých míst uvnitř věznice i mimo ni, na kterých jsou k dispozici další informace.</li> <li>- Vytvoření a strukturální zabezpečení trvalého poskytování informací: oběžník, lékař, sociální a psychologická poradna, úředník příslušného oddělení, nevládní organizace.</li> <li>- Pravidelné pořádání informativních programů ke specifickým tématům. Možnost získání informace i pro příslušníky.</li> </ul>
<b>Poradenství pro vězně</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Snadno přístupné možnosti k osobnímu poradenství ve všech otázkách: lékař, sociální a psychologická poradna, úředník příslušného oddělení, NNO.</li> <li>- Možnost stejného poradenství i pro příslušníky.</li> </ul>
<b>Peer Group Education (vzdělávání vrstevníků)</b>	Osvěta, informace a zlepšování sebevědomí pověřováním vybraných vězňů, aby se zvýšila přijatelnost a účinnost.
<b>Lékařské testy (HIV, hepatitida)</b>	Možnost dobrovolného, bezplatného a pravidelného testování.
<b>Všeobecná zdravotnická péče</b>	Důkladná znalost a stálé vzdělávání praktických lékařů ve všech otázkách spojených s užíváním drog. Propojení se zdravotnickými zařízeními mimo věznici.
<b>Specializovaná zdravotnická péče</b>	V případě potřeby zajištění dostupnosti.
<b>Psychiatrická péče</b>	V případě potřeby zajištění dostupnosti.
<b>Přístup ke kondomům</b>	Zajištění bezprostředního a neustálého přístupu k antikoncepčním a projímacím prostředkům: lékař, ošetřovatel, zásobníky na vhodných místech (oddělení, dílny atd.).

<b>Substituce</b>	Zajištění substitučních programů pro všechny během celé doby uvěznění jako všeobecný standard. Možnost volby mezi pokračováním programu, přijetím do určitého programu, zachováním (maintenance) a omezením. Rozhodnutí je věcí pacienta a lékaře.
<b>Zkoušky moči</b>	Možnost dobrovolného testování. Zkouška moči může být podmínkou přijetí a setrvání v určitém programu.
<b>Přístup k dezinfekčním prostředkům</b>	Anonymní a trvalý přístup (lékař, ošetřovatel, zásobníky na vhodných místech).
<b>Výměna injekčních jehel a stříkaček</b>	Anonymní a trvalá možnost výměny použitých jednorázových jehel za nové (lékař, ošetřovatel, automaty na vhodných místech).
<b>Kontrolované předávání heroínu</b>	Předávání drog přesně definované menšině uživatelů, kteří splňují určitá kritéria, pod lékařským dohledem a za stálé kontroly.
<b>Oddělení bez drog 1 (bezdrogové zóny)</b>	Podpora uživatelů drog, kteří se chtějí od užívání drog distancovat. Je možné nabídnout doplňující sociálně-pedagogická a terapeutická opatření.
<b>Oddělení bez drog 2 (bezdrogové zóny)</b>	Podpora vězňů, kteří drogy neužívají a také bývalých uživatelů drog. Je možné nabídnout doplňující sociálně-pedagogická opatření.
<b>Oddělení s terapeutickým požadavkem</b>	Malé jednotky s psychoterapeutickou nabídkou, kombinované individuální terapeutické a/nebo sociálně-pedagogické programy. Nabídky skupinové terapie s externí nebo interní péčí jsou možné i mimo určitá oddělení, rovněž individuální terapie pomocí interní nebo externí péče.
<b>Umístění zařízení se zvláštním určením mimo vězení</b>	Menší jednotky s psychoterapeutickou nabídkou, kombinované individuální terapeutické a/nebo sociálně-pedagogické programy mimo vězení s optimálnějšími podmínkami pro psychoterapeuticky adekvátní prostředí.
<b>Specializovaná zařízení s terapeutickým zaměřením</b>	Zvláštní zařízení s odpovídajícím personálním a materiálním zabezpečením k provedení specifických terapeutických a sociálně-pedagogických programů.
<b>Group Counselling</b>	Realizace pravidelných skupin vězňů, organizované vyškolenými vězeňskými strážci s poradenskou a sociálně-pedagogickou nabídkou.
<b>Terapie místo trestu</b>	Zákonné možnosti změny nepodmíněných trestů v podmíněné při současném nařízení o nutnosti podrobit se psychoterapeutické léčbě.
<b>Zvl. opatření pro mladistvé</b>	V podstatě stejné možnosti jako pro dospělé, avšak za podmínek přizpůsobených věku.
<b>Zvl. opatření pro ženy</b>	V podstatě stejné možnosti jako u mužů, avšak za současného zohlednění zvláštních potřeb uvězněných žen.
<b>Zvl. opatření pro cizojazyčné vězně</b>	Poskytování informačního materiálu ve všech jazycích zastoupených ve věznici. V případě potřeby poskytnutí tlumočnicků.
<b>Informace personálu</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Poskytnutí informačního materiálu všem zaměstnancům.</li> <li>- Informace ke všeobecným zdravotním otázkám a hygieně; infekční rizika a cesty nákazy, HIV/AIDS, hepatitida; drogy, sterilizační prostředky, výměna injekčních jehel a stříkaček; prevence a antikoncepční prostředky.</li> <li>- Dostupnost důležitých míst uvnitř věznice i mimo ni, na kterých jsou přístupné další informace.</li> <li>- Vytvoření a strukturální zabezpečení trvalého poskytování informací: oběžník, lékař, zástupce personálu, odborová organizace, nevládní organizace.</li> <li>- Pravidelné pořádání informativních programů ke specifickým tématům.</li> <li>- Možnost získání informace i pro příslušníky.</li> </ul>

<b>Výškolení a další vzdělávání personálu</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Základní školení ke všem důležitým otázkám všech zaměstnanců. Možnost pravidelného doškolování.</li> <li>- Specifická opatření v oblasti školení a doškolování pro určitá pracovní pole (např. zdravotníci).</li> </ul>
<b>Poradenství personálu</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Snadno přístupné, veřejné a anonymní možnosti osobního poradenství ve všech otázkách: lékař, sociální a psychologická služba, důvěrníci, nevládní organizace.</li> <li>- Možnost tohoto poradenství i pro příslušníky VS.</li> </ul>
<b>Kontrolní opatření</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Všeobecná a specifická bezpečnostní opatření při zachování určité proporciálnosti.</li> <li>- Zintenzivnění kontroly není řešením problémů. Účinná preventivní opatření jsou spojena se zrušením nebo přesunutím kontroly.</li> </ul>

## PŘÍLOHA 4 / Příklad anketního dotazníku pro hodnocení prvního bloku kurzu

Dotazník pro hodnocení vzdělávacího kurzu (1. blok)	
<b>1) Jak hodnotíte organizační zajištění kurzu?</b>	
Velmi kvalitní	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Velmi nekvalitní
<b>2) Vyhovuje Vám programové dělení na bloky?</b>	
Vyhovuje	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Nevyhovuje
<b>3) Je výklad srozumitelný?</b>	
Srozumitelný	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Nesrozumitelný
<b>4) Vyhovuje výklad vašemu tempu?</b>	
Vyhovuje	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Nevyhovuje
<b>5) Odpovídají poznatky tomu, co pro svoji práci skutečně potřebujete?</b>	
Odpovídají	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Neodpovídají
<b>6) Jak hodnotíte odbornou úroveň obsahu výkladu?</b>	
Vysoká úroveň	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Nizká úroveň
<b>7) Jsou pro Vás poznatky spíše nové, nebo už je znáte?</b>	
Spíše nové	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Již známé poznatky, nic nového
<b>8) Považujete poznatky získané v kurzu za zajímavé?</b>	
Velmi zajímavé	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Nezajímavé, nezaujalo mě to
<b>9) Považujete poznatky získané v kurzu za užitečné pro Vaši práci?</b>	
Velmi užitečné	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Neužitečné, nepraktické

## Dotazník pro hodnocení vzdělávacího kurzu (1. blok)

10) Myslíte, že byste tyto poznatky mohl/a získat jinou cestou?

Ne, nemohl/a      Mohl/a

Můžete uvést příklad jakou?.....

11) Máte zkušenost s jinými vzdělávacími kurzy podobného zaměření?

Nemám  Mám, jednu  Mám, opakovanou

12) Dostačuje Vám systém Vašeho vzdělávání v rámci policie pro Vaši práci?

Úplně dostačuje      Naprosto nedostačuje

13) Jak hodnotíte svoji teoretickou a praktickou připravenost pro svoji práci?

.....

## PŘÍLOHA 5 / Příklad anketního dotazníku pro hodnocení druhého (a dalších) bloku kurzu

## Dotazník pro hodnocení vzdělávacího kurzu (2. blok)

1) Jak hodnotíte organizační zajištění II. bloku kurzu?

Velmi kvalitní      Velmi nekvalitní

2) Navazovala podle Vás témata na sebe a na předchozí poznatky z I. bloku?

Ano      Ne

3) Je výklad látky srozumitelný?

Srozumitelný      Nesrozumitelný

4) Vyhovuje výklad Vašemu tempu?

Vyhovuje      Nevyhovuje

5) Odpovídají poznatky II. bloku tomu, co pro svoji práci skutečně potřebuje?

Odpovídají      Neodpovídají

6) Jak hodnotíte odbornou úroveň obsahu výkladu?

Vysoká úroveň      Nízká úroveň

7) Jsou pro Vás poznatky spíše nové, nebo už je znáte?

Spíše nové      Již známé poznatky, nic nového

## Dotazník pro hodnocení vzdělávacího kurzu (2. blok)

8) Považujete poznatky získané v kurzu za zajímavé?

Velmi zajímavé      Nezajímavé, nezaujalo mě to

9) Považujete poznatky získané v tomto II. bloku za užitečné pro Vaši práci?

Velmi užitečné      Neužitečné, nepraktické

10) Myslíte, že byste poznatky z tohoto II. bloku mohli/a získat jinou cestou?

Ne, nemohl/a      Mohl/a

Můžete uvést příklad jakou?.....

11) Můžete vypsát dvě pro Vás nejdůležitější témata dnešního bloku?

a) ..... b) .....

12) Kdybyste měl/a možnost něco na tomto kurzu změnit, co by to bylo?

a) .....

b) .....

## PŘÍLOHA 6 / Příklad anketního dotazníku pro hodnocení jednotlivých lektorů

## Dotazník pro hodnocení lektora

Předmět:

Jméno lektora:

Datum konání:

- |   |
|---|
| 1. Jeví se Vám vedení výuky ze strany lektora jako dobře připravené?  |
| 2. Je způsob podávání látky zajímavý a aktivizující?  |
| 3. Jsou forma a obsah předmětu srozumitelné?  |
| 4. Jak hodnotíte odbornou úroveň lekce?   |
| 5. Navazují na sebe lekce tématicky?  |
| 6. Má lekce ucelenou koncepci a strategii?  |
| 7. Je lektor odborník, který umí téma vysvětlit?  |
| 8. Využívá lektor adekvátně pomůcek a technických prostředků zlepšujících srozumitelnost a názornost (meotar, video, diapozitivy atd.)? |
| 9. Lekce opakuje obsah učebnice?  |
| 9. Jaké jsou požadavky na zvládnutí tématu?   |
| 10. Celkový výkon lektora hodnotím jako:  |
| 11. Je literatura potřebná ke studiu dostupná?  |
| 12. Je množství potřebné studijní literatury adekvátní?   |
| 13. Vyžaduje studium literatury znalost cizích jazyků?  |
| 14. Reaguje lektor na dotazy a připomínky věcně a adekvátně?  |
| 15. Má lektor partnerský, vstřícný přístup?   |
| 16. Byla pro vás lekce nějak osobně přínosná?   |
| 17. Byla lekce přínosná z odborného hlediska?   |

## Dotazník pro hodnocení lektora

Předmět:

Jméno lektora:

Datum konání:

18. Jsou poznatky využitelné v jiných lekcích a vzájemně propojené?

19. Je v lekcí dostatečný prostor a otevřenost pro diskusi?

20. Dodržuje lektor časy (začátek a konec)?

21. Jsou požadavky k závěrečné zkoušce jasné a srozumitelné?

Vaše další připomínky a náměty:

## PŘÍLOHA 7 / Léčebný program ve věznici Rýnovice

Specializované oddělení ústavní protitoxikomanické léčby s celkovou kapacitou 27 lůžek je určeno pro odsouzené muže. Délka léčby na tomto oddělení trvá 6-8 měsíců. Na toto oddělení jsou umísťováni odsouzení zařazení do věznice s ostrahou a se zvýšenou ostrahou. Proto jsou rozdělení podle typu při ubytování na dva oddíly, C1 a C2. V nočních hodinách jsou oba oddíly uzamčeny. Přes den však celé zařízení funguje společně.

Cíle oddělení (tak jak jsou deklarovány v řádu):

- Ve specializovaném oddělení vypracovat takové prostředí, ve kterém konzumace drog nebude tolerována ani vězni, ani personálem, a bude zde běžné, že odsouzený může kdykoliv požádat o pomoc.
- Drogově závislé naučit společensky přijatelným způsobem řešit nejrůznější konflikty a vyrovnávat se s náročnými životními situacemi.
- Motivovat drogově závislé odsouzené – stát se abstinentem a aktivně se podílet na programu specializovaného oddělení.
- Pokusit se o vytvoření životní dráhy a perspektivy, zodpovědnosti k sobě samému.
- Zlepšit vzájemnou komunikaci mezi odsouzenými.

## Zázemí programu

Odsouzení jsou ubytováni maximálně po třech na jednu ložnici. Na oddělení je k dispozici kulturní místnost, kuchyňka, umývárna (se sprchovými kouty a automatickou pračkou). Je zde také velmi dobře vybavená posilovna. K oddělení náleží vycházkový dvůr a truhlářská dílna určená k pra-

covní terapii. K pracovní terapii je také využíván poměrně velký pozemek určený pro zahradnické práce. Vzhled prostředí programu se nijak nevy-myká z běžného standardu věznic.

## Složení týmu

Tým je složen z vedoucího oddělení, psychologa, sociální pracovnice, pedagoga, 2 vychovatelů (pro každý oddíl). K dispozici je na 4 hodiny týdně psychiatr a v případě potřeby i zdravotní sestra.

## Cílová populace

Do programu jsou přednostně zařazováni odsouzení závislí s nařízenou ústavní protitoxikomanickou léčbou, což v sobě nese riziko nejasného vstupního prahu. V případě volné kapacity jsou zařazeni odsouzení závislí bez nařízené léčby na vlastní žádost. V takovém případě posouzení indikovanosti závislého pro přijetí posuzuje odborná komise.

## Program

Program je strukturován stabilním denním režimem. Mezi jednotlivé metody práce patří skupinová práce (komunita, skupina), individuální poradenství, zátěžové sportovní programy, pracovní terapie, arteterapie a vzdělávání. Program umožňuje, respektive požaduje, aktivní spoluúčast při vytváření obsahu různých aktivit. V rámci programu funguje systém různých funkcí zastávaných členy skupiny, což umožňuje určitý náznak samosprávy.

Léčba je rozdělena do čtyř fází – skupin vnitřní diferenciaci. Postup v rámci těchto fází by měl



podporovat v závislém osobnostní růst a zvyšovat schopnost odpovědného chování. V rámci programu je využíván bodový systém (což se ne zcela slučuje s filozofií terapeutické komunity). S postupem v rámci jednotlivých fází získává závislý větší důvěru, ale je také povinen být příkladem pro fáze nižší.

Skupinovou dynamiku, která je pro tento způsob práce nepostradatelná, totiž velmi závažně narušuje fakt, že celý program probíhá v rámci výkonu trestu. Přestože se program pokouší využívat komunitní prvky s důrazem na skupinovou práci, je individuální poradenství stěžejní metodou. V rámci individuální práce se zaměřuje na strukturaci konkrétních problémů závislého. Individuální práci plány s jednotlivými závislými zajišťuje pedagog.

Důležitou součástí programu je pracovní terapie a sportovní zátěžové aktivity. K tomu je využíváno poměrně dobrého zázemí programu. Důležitou součástí je také pracovní terapie. Významnou součástí jsou také různé vzdělávací aktivity (kvízy, přednášky).

Celkové penzum jednotlivých aktivit	
aktivita	počet hodin týdně
komunita	3
skupin. terapie	3

prac. terapie	4
arteterapie	3
individuální práce	1,5

O programu je vedena standardní zdravotnická dokumentace v PC. Standardní ukončení programu probíhá v rámci I. nebo II. diferenciacní skupiny. Psycholog a psychiatr připravují závěrečnou zprávu. Následuje podání návrhu na změnu z ústavní léčby na léčbu ambulantní. Závislý je z programu předčasně vyloučen v případě porušení abstinence či dlouhodobého nespolupracování v léčbě. Tato skutečnost je oznámena soudu.

### Návaznost v systému a následná péče

Bohužel není zajištění následné péče vždy reálné. Jedná se především o odsouzené s nařízenou ústavní léčbou, kteří jsou zařazováni do programu ihned po nástupu do výkonu trestu. Ti po absolvování programu přecházejí na jiné oddělení v rámci věznice, kdy dokončují trest odnětí svobody. V těchto případech je následná péče nereálná, což velmi snižuje efektivitu léčby jako takové.

Program provádí kvalitní sociální práci, takže v případě, že po absolvování léčebného programu je závislý propuštěn na svobodu, je mu zajišťována následná péče v rámci sítě léčebných programů. Není však standardizováno, o jaký typ programu se jedná.

## PŘÍLOHA 8 / Léčebný program ve věznici Opava

Léčebný program ve věznici Opava je veden jako specializované oddělení pro výkon ochranného léčení protitoxikomanického, protialkoholního a léčení pro patologické hráčství v ústavní formě. Za tímto složitým názvem se skrývá program pro dlouhodobou léčbu (12 měsíců) žen závislých především na alkoholu a nealkoholových drogách. Na toto oddělení jsou umísťovány odsouzené do věznice s dohledem, s ostrahou a s dozorem. Celková kapacita zařízení je 26 lůžek.

### Zázemí programu

Oddělení disponuje odpovídajícím zázemím pro typ programu. Důležitý je fakt, že prostředí zde je ve velkém kontrastu s ostatními odděleními věznice (v pozitivním slova smyslu). Je zcela zjevné, že na tento aspekt byl kladen důraz a je velmi pravděpodobný jeho pozitivní přínos pro celý program.

### Složení týmu

V programu pracují 3 pedagogové, jeden vychovatel-terapeut, sociální pracovníce, 3 vychovatelé, externí psycholog, externí psychiatr (3x týdně) a psychiatrická sestra (2x týdně). Program je veden pedagožkou. Zástupce vedoucího, také pedagog, je zodpovědný za vedení vychovatelů, programy zacházení, terapeutické aktivity a připravuje za tímto účelem týdenní plán činnosti. Důraz je kladen na týmovou spolupráci a dobrou komunikaci o klientech mezi jednotlivými členy. Významnou roli zde hraje poměrně intenzivní spolupráce s externím psychiatrem.

### Cílová populace

Do programu jsou přijímány závislé ženy s nařízenou ústavní či ambulantní léčbou, ale jsou zde i dobrovolné léčby. V případě nařízené léčby (ambulantní nebo ústavní) jsou odsouzené auto-

matically umísťovány do tohoto programu. V případě dobrovolné léčby jsou žádosti o přijetí adresovány přímo do tohoto zařízení. Zásadní cílovou skupinou jsou odsouzené ženy s diagnózou závislosti na alkoholu či nealkoholových drogách.

### Program

Na program je patrná úzká spolupráce s místní psychiatrickou léčebnou. Při přípravě programu tohoto zařízení bylo využito know-how tradiční léčby v psychiatrických léčebnách. Program je strukturován do 3 fází:

- I. fáze: přípravná, cílem je příprava na léčbu, adaptace a zhodnocení stavu závislé. Odsouzené se aktivně podílejí na přípravě svého programu zacházení.
- II. fáze: v této fázi probíhá vlastní léčba.
- III. fáze: v této fázi se připravují odsouzené na odchod, tzn. zajištění bydlení, práce, atd., je zde také zajišťována následná péče.

V programu jsou využívány komunitní prvky, i když i zde platí obtížnost práce se skupinovou dynamikou s ohledem na situaci, ve které léčba probíhá. V rámci skupinové terapie se zařízení snaží oddělovat závislé na alkoholu od závislých na nealkoholových drogách. Kromě skupinové terapie je využívána individuální terapie, arteterapie, pracovní terapie, biblioterapie, jóga, psychogymnastika, psychodrama.

I v tomto zařízení hraje individuální terapie významnou roli (pravděpodobně nejvýznamnější).

### Celkové penzum jednotlivých aktivit

Aktivita	Počet hodin týdně
Komunita	6
Skupin. terapie	2
Prac. terapie	3
Arteterapie	1
Relaxace	3
Biblioterapie	0,5
Jóga, psychogymnastika, atd.	2
Individuální terapie s psychiatrem	3

O veškerých aktivitách je zařízením vedena standardní zdravotnická dokumentace.

### Návaznost v systému a následná péče

Dle sdělení personálu tohoto zařízení je běžnou praxí, že závislá odsouzená absolvuje přibližně 6 měsíců na vazbě, pak nastupuje do léčebného programu, a pokud jej ukončí, daří se poměrně často podmínečně propuštění z výkonu trestu. I zde se však naráží na problematiku následné péče. Jak již bylo zmíněno v tomto materiálu, nejeví se terapeutická komunita jako vhodný typ následné péče. Je však evidentní, že osoby, které z tohoto programu odcházejí, potřebují velmi intenzivní sociální a socioterapeutickou podporu. V otázce následné péče jsme narazili na problém, zda je možné předávat závislé s nařízenou ambulantní léčbou do specializovaných zařízení následné péče, která však jsou nestátní nezdravotnická. Je evidentní, že v tomto případě jde o legislativní nejasnost a v praxi jde v podstatě o benevolenci daného soudce, který léčbu nařídil.

## PŘÍLOHA 9 / Účinné faktory terapeutické komunity

Účinné faktory TK<sup>2</sup> uvádíme dle dokumentu WHO, který obsahuje 15 položek tradiční filozofie TK. Těchto patnáct faktorů TK se pokládá za nezbytné pro efektivní terapeutický proces. Pokud některý z nich chybí, je léčba méně účinná.

### 1. Bezpečné prostředí pro růst

TK nabízí klientům možnost osobního růstu v bezpečném prostředí.<sup>3</sup>

### 2. Jednotná filozofie

Jednotná filozofie TK má být snadno pochopitelná, vysvětlitelná a podporovaná všemi členy komunity.

### 3. Terapeutická struktura

Prostředí TK má jasnou strukturu, nejsou podávány nejasné nebo dvojznačné informace. Tato struktura nabízí klientům bezpečí a ochranu. TK

<sup>2</sup> Původním autorem ke Kooyman (Kooyman, M, 1993). The therapeutic community for addicts. Intimacy, parents involvement and treatment success. Swets en Zeitlinger, Amsterdam), zde uvádíme v úpravě Kaliny (Kalina K.: Kvalita a účinnost v prevenci a léčbě drogových závislostí. Příručka pro poskytovatele, manažery a administrátory. Inverze/SANANIM, Praha, 2000).

<sup>3</sup> Pozn: Uvádí se, že TK slouží jako „náhradní rodina“. To je však pouze jeden její rozměr, který má význam pro porozumění přenosům a protipřenosem, v realitě však může být zavádějící. Klienti nejsou děti a terapeuti nejsou rodiče, i když se tato metafora používá v TK léčebných i výcvikových.

má ale málo jasných základních pravidel – TK s velkým počtem pravidel je mrtvá. Prostředí TK nabízí dostatečný tlak k učení, ale současně dostatečnou strukturu nezbytnou k tomu, aby nedocházelo k „přeorganizovanosti“. Musí být umožněno dělat chyby. Klienti se ve struktuře TK pohybují do pozic s narůstající zodpovědností podle úrovně jejich vývoje.

#### 4. Rovnováha mezi demokracií, terapií a autonomií

V TK musí být udržována rovnováha mezi demokracií, terapií a autonomií jednotlivce. Demokracie ve skupině je míněn způsob delegování moci všem osobám, aby rozhodnutí většiny přijímaly rozhodnutí a řešily konflikty. Ale TK, která by delegovala všechnu moc klientům, kteří jsou oproti personálu v přesile, by se mohla stát antiterapeutickou, vytvářet kolektivní obranu proti terapii a vyhýbat se konfliktům. Terapie je v TK povinná pro všechny a klienti se nemohou rozhodovat, zda se jí účastní, nebo ne. Autonomie jednotlivce je omezena skutečností, že je součástí skupiny.

#### 5. Sociální učení prostřednictvím sociální interakce

V TK probíhá sociální učení formou sociální interakce. Klient TK se nesmí izolovat. Má být aktivně vtažen a nepřetržitě dostávat informace o svém chování a postojích. Klient se učí fungovat v různých sociálních rolích. Prostřednictvím zpětných vazeb získává náhled na své chování, učí se činit rozhodnutí a přijímat důsledky svých rozhodnutí (nést za ně odpovědnost). Klienti ve vyšších fázích slouží jako modely rolí – vzory pro začínající klienty.

#### 6. Učení prostřednictvím krizí

Učení v TK je podporováno prožíváním krizových situací. Proces dozrávání je chápán jako série krizí, v nichž se dosavadní vzorce chování dezintegrují a po zvládnutí krize dochází k reintegraci na vyšší úrovni.

#### 7. Terapeutický dopad všech aktivit na komunitu

Vše, co se v TK stane, je terapie. Členové TK si musí připravovat stravu, pracovat, starat se o sebe i o dům, a musí se proto učit zvládat rozličné role.

#### 8. Zodpovědnost rezidentů za jejich chování

S klientem-členem TK není zacházeno jako s pacientem. Není například zbaven své normální

role a pokládán za nezodpovědného za svou situaci, což jsou dle Parsonse klasické atributy role pacienta. Od klientů TK se žádá, aby si nehráli na oběť nebo nesvalovali vinu za svoje problémy na svoji závislost, druhé lidi nebo společnost. Naopak se jim připomíná, že se dříve chovali dětinsky a neodpovědně. Klient je vnímán jako člověk, který potřebuje pomoc a musí se naučit o pomoc požádat, ale zároveň jako člověk, který může pomoci ostatním členům TK.

#### 9. Zvyšování sebehodnocení cestou vlastního přičinění

Sebehodnocení klienta vzrůstá tak, jak klient překonává strach z nezvládnutí věcí, postupně, krok za krokem, hraním „jako že se nebojí“. Tomu napomáhá angažovanost v kreativních aktivitách a procesu výchovy v rámci TK. Zvyšující se sebehodnocení současně zmenšuje strach z neúspěchu a odmítnutí. Pomocí druhým se klient utvrzuje ve své hodnotě pro druhé, což jeho sebehodnocení rovněž posiluje.

#### 10. Zvnitřnění pozitivního žebříčku hodnot

Klientovi je nabízen pozitivní hodnotový systém, který klient postupně internalizuje. Učí se být čestný, konfrontovat a kritizovat negativní a sebedestruktivní chování a postoje a chápat problém jako výzvu.

#### 11. Konfrontace

Samotný život v TK vytváří na nově přijatého klienta obrovský tlak. Tato počáteční krizová situace navozuje podmínky pro změnu jeho chování a postojů. Klient může mít tendenci se tlaku vyhnout a tím je často z TK vytlačen. Když se začne v terapeutickém procesu vyvíjet, víra v program roste a klient postupně upouští od svých obranných mechanismů. Učí se verbalizovat své vnitřní konflikty, emoce a napětí spojené s pocity viny a vlastní neschopnosti. Začne postupovat krok za krokem směrem k emoční konfrontaci s druhými. Učí se, že konfrontace není zaměřena na něj, ale na jeho chování. Zažívá kladné hodnocení svého nového chování a tím mizí i jeho strach z odmítnutí. Učí se, že proto, aby mohl být hodný lásky, nemusí být perfektní, jak si mohl myslet jako dítě.

#### 12. Pozitivní tlak vrstevníků

Stejně jako může být tlak vrstevníků jedním z faktorů vedoucích k tomu, že jedinec začne

brát drogy, může pozitivní tlak vrstevníků vést k rozhodnutí žít bez drog. Klienti TK jsou konfrontováni s negativním chováním svých vrstevníků, učí se je komentovat a kritizovat a sami přijímat kritiku. Hraní oběti není odměňováno a manipulativní chování je rychle odhaleno a rázně odmítnuto. Pokročilejší slouží jako pozitivní model pro druhé.

### **13. Učení porozumět sobě samému a vyjádřit emoce**

Ve skupinových sezeních jsou klienti TK podporováni ve vyjadřování svých emocí. Učí se překonat svůj strach z vyjádření vlastního hněvu, strachu a bolesti, ale i zažívat a vyjadřovat pozitivní emoce, jako je radost a láska, které se většinou vyjadřují mnohem obtížněji než emoce negativní.

### **14. Změna negativních postojů k životu v postoje pozitivní**

Většina závislých má negativní sebepojetí ve vztahu k druhým („nejsem hodný lásky, nepotře-

buji druhé lidi, nemám právo existovat“ apod.). Může jít o negativní postoj vytvořený v raném dětství, kdy snad pomáhal přežít, ale v dospělosti je velkým handicapem. V průběhu léčby klient překonává tento handicap, mění negativní postoje k sobě samému a nahrazuje falešnou identitu identitou skutečnou.

### **15. Zlepšení vztahů s původní rodinou**

Vztahy s původní rodinou jsou obnoveny za pomoci personálu, jakmile skončí vstupní (iniciální) fáze se zákazem kontaktů a vzájemný kontakt je opět možný. Rodiče navštěvují rodičovské skupiny (často ještě před nástupem klienta do TK). V některých případech je rodinná terapie přímo součástí léčby v TK. Ve skupinových sezeních klientů v TK se emočně zpracovávají „nevyřízené účty“ s nepřítomnými rodiči.

# ABSTRACTS

**1 Analysis of the State-of-the-Art of Drug Use in Prisons****Michal Miovský,<sup>1</sup> Jan Sochůrek,<sup>2</sup> Hana Gajdošíková<sup>3</sup>****Abstract**

The authors of this contribution describe the development of legislative arrangements concerning drug-related criminal offences in the Czech Republic after the World War 2. On the ground of this development, they summarize the basic theoretical basis for classification of the so-called drug-related criminal offences and they explain the basic concepts and terms used in the text. Then, they provide a summarized overview of available data about the scope of drug use in Czech prisons. Previously unexplored areas (i.e.

areas with completely or almost completely missing relevant data) were identified and described and available data sources were evaluated. A short overview of programs and preventive measures implemented with regard to illicit drug use in Czech prisons is completed with conclusions from the implemented PHARE Twinning Project: "Strengthening National Drug Policy" and a commented overview of Government Decree No. 549 that reflected these conclusions.

**Key words:** Criminal offences – drug-related crime – illicit drugs – drug users – preventive and treatment measures.

<sup>1</sup> Psychologický ústav Akademie věd ČR, Brno.

<sup>2</sup> Institut vzdělávání Vězeňské služby ČR, Stráž pod Ralskem.

<sup>3</sup> Právní poradna A.N.O. Praha.

**Abstract**

The European Guidelines for HIV/AIDS and hepatitis in Prisons were drawn up by the European Network on HIV and Hepatitis Prevention in Prisons. The final version of these guidelines (Milan, May 1999) was translated within the framework of Component 3 – Prisons of the PHARE Twinning Project in cooperation with Harald Spirig (Austria). At the same time, a list of the most fre-

quently applied preventive measures in Europe was translated for the purposes of this chapter. It is not common that each prison will use all of these preventive measures. On the contrary, each prison implements the measures that correspond with the needs, possibilities and the given cultural and historical context.

**Key words:** european guidelines – drug users – HIV/AIDS – hepatitis – preventive and treatment measures.

**3 Curriculum of an Educational Course for Prison****Service Workers in the Field of Substance Use****Michal Miovský,<sup>1</sup> Jan Sochůrek,<sup>2</sup> Květa Sluková,<sup>2</sup>****Jana Paukertová<sup>2</sup>****Abstract**

Within the framework of the Needs Analysis of the field of the Prison Service staff education, a gap in the education of the so-called trainers of the Czech Republic Prison Service staff was discovered. It is a very specific target group because the trainers of the Prison Service personnel are also responsible for drug-related training of other Prison Service branches in individual prisons. As a matter

of fact, the course designed for this target group involves "training of trainers". It is an intensive one-week initial training program. Continuous education programs should continue this program in the future. The designed curriculum also involves methodological recommendations and recommended methods of evaluation of the preparation, the course and the results of the course.

**Key words:** staff trainers – educational curriculum – initial educational program – evaluation.

<sup>1</sup> Psychologický ústav Akademie věd ČR. Brno.

<sup>2</sup> Institut vzdělávání Vězeňské služby ČR. Stráž pod Ralskem.



## Draft of Standards for Treatment Programs in Prisons

Aleš Kuda<sup>1</sup>

### Abstract

This chapter deals with analysis of the current practice of treatment programs in prisons and the possibility of integration of these programs to the system of care for drug users in the Czech Republic. It is the objective to draw up a commented design of standards for these treatment programs on the basis of the carried out analysis of the current state, and ensure compatibility with other types of services in the system. The sixth revised version of professional competency standards that resume and perfect the so-called Minimum Standards of Drug Program Quality

published by the Ministry of Health was used as a starting point. At the same time, the author followed from the standards designed for therapeutic communities. The text discusses the limitations of treatment programs in prisons in comparison with the programs provided at large. Finally, there are recommendations that should contribute to the process of integration of these specific programs to the general system of care for drug users in the Czech Republic and future provision of better continuity of care, especially from the point of view of after-care.

**Key words:** drug users – standards – quality of treatment care – linking up and system of services.

---

<sup>1</sup> o. s. SANANIM

## 5 Non-Profit-Making Non-Governmental Organizations in Drug Services in Prisons and Custody Prisons

Olga Škvařilová,<sup>1</sup> Jiří Richter<sup>2</sup>

### Abstract

This text provides general and concrete findings, experiences and considerations regarding systematic provision of prevention, care, treatment and protection against drug use (including HIV/AIDS prevention) in the Czech prisons system. Special attention is paid to the involvement and cooperation of non-profit-making non-governmental organizations during implementation of the drug strategy. The text gives a short description of the state of the art of cooperation between prisons and non-profit-making non-governmental organizations in the Czech Republic. The examples of programs from various EU countries illustrate the wide spectrum of possibilities that have not yet been utilized in the Czech

Republic. The contribution emphasizes the necessity of utilizing a multidisciplinary approach to drug use and its' impacts, and the necessity of involvement of external professionals integrated in the system of care and treatment. Good experiences from several existing programs and verification of the functional model of cooperation with internal prison workers represent an important aspect of the involvement of external workers in prisons. In addition to the description of various levels of cooperation, various principal suggestions for improvement of the current conditions including recommendations for future development in this field in the Czech Republic have been made.

**Key words:** drug users – prisons – prevention – treatment – linking up of services – system of services – cooperation.

<sup>1</sup> Sdružení Podané ruce.

<sup>2</sup> o. s. SANANIM.

**Abstract**

The article summarises basic principles of substitution therapy with opioid agonists. It brings a quick overview of the state of art in the European Union and Czech Republic and sketches main points of approved Czech strategy for future development of substitution treatment that was developed in the framework of the PHARE Twinning Project „Strengthening National Drug Policy.“ The next part recapitulates European experiences with substitution treatment in prisons, attempts to estimate number of possible inmates/patients in Czech prisons and enumerates basic conditions for its lege artis providing.

The article summarises basic principles of substitution therapy with opioid agonists. It provides a quick overview of the state of the art in the European Union and Czech Republic, and outlines the main points of the approved Czech strategy for future development of substitution treatment developed within the framework of the PHARE Twinning Project "Strengthening National Drug Policy". The next part recapitulates European experiences with substitution treatment in prisons and the attempts to estimate the number of possible inmates/patients in Czech prisons, and it enumerates basic conditions for lege artis provision of this treatment.

**Key words:** substitution treatment – opioids dependency – prison system – prevalence estimate.

---

<sup>1</sup> Lékařská fakulta Palackého univerzity v Olomouci.



## O AUTORECH SBORNÍKU

**Mgr. Hana GAJDOŠIKOVÁ**

Absolventka Právnické fakulty MU Brno. Pracuje jako advokátka a vede Právní poradnu Asociace nestátních organizací zabývajících se prevencí a léčbou drogových závislostí. Jako externí spolupracovnice Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti se dlouhodobě výzkumně věnuje právním a kriminologickým aspektům užívání drog. Je členkou redakční rady časopisu Adiktologie.

*Kontakt:*

Právní poradna A.N.O.  
Letenská 17  
118 00 Praha 1  
E-mail: ppano@asociace.org

**Mgr. Miloslava HAVLÍČKOVÁ**

Absolventka Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy. Několik let pracovala ve školství a v managementu soukromé firmy, kde se věnovala především zajištění výcviků sociálních dovedností. Ve vězeňství pracuje 10 let, nejprve jako metodik speciálních pedagogů, posléze jako tisková mluvčí a ředitelka sekretariátu. Dlouhodobě se věnuje možnostem využití grafologie a při jejím studiu získala akreditaci MŠMT ČR. O grafologii přednáší v rámci vzdělávání pedagogů a psychologů v Institutu vzdělávání VS. Publikovala práci "Detektor lži na papíře", ve které se zabývala možnostmi vykonturování psychické tváře pachatelů trestné činnosti.

*Kontakt:*

Generální ředitelství Vězeňské služby ČR  
Soudní 1672/1a  
P.O. Box 3  
140 67 Praha 4

**Mgr. Aleš KUDA**

Je absolventem oboru pedagogika-psychologie na FF UK Praha. V současnosti pracuje jako odborný ředitel léčebných zařízení provozovaných o.s. Sananim a dlouhodobě se zabývá především oblastí následné péče a terapeutickými komunitami. Zakládal a několik let vedl Doléčovací centrum SANANIM, které je největší svého druhu v ČR. Je členem redakční rady časopisu Adiktologie.

*Kontakt:*

o. s. SANANIM  
Novovysočanská 604/A

Praha 9

E-mail: kuda@sananim.cz

**PhDr. Michal MIOVSKÝ, Ph.D.**

Psycholog a psychoterapeut. Absolvent jednooborové psychologie na FF MU v Brně a postgraduálního studia na FF UP v Olomouci. Je vědeckým pracovníkem Psychologického ústavu Akademie věd ČR. Dále působí jako odborný asistent na Katedře psychologie na Univerzitě Palackého v Olomouci, kde se věnuje metodologii výzkumu, léčbě a prevenci užívání drog a narativní psychologii aplikované na práci s filmem. Je externím spolupracovníkem Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti v Praze a předsedou občanského sdružení SCAN, vydávajícího odborný časopis Adiktologie.

*Kontakt:*

Psychologický ústav Akademie věd  
Veveří 97  
602 00 Brno  
E-mail: miovsky@cmail.cz

**PaedDr. Jana PAUKERTOVÁ**

Absolventka Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy, obor učitelství pro školy pro mládež vyžadující zvláštní péči. Ve vězeňství pracuje od roku 1996. V současnosti je ve funkci vedoucího učitele v rámci referátu humanitních předmětů. Dlouhodobě se věnuje tématům užívání drog, organizovaný zločin, korupce a oblasti celoživotního vzdělávání.

*Kontakt:*

Institut vzdělávání Vězeňské služby ČR  
Vzdělávací středisko Stráž pod Ralskem  
Máchova 200  
471 27 Stráž pod Ralskem

**Mgr. Jiří RICHTER**

Absolvent Pedagogické fakulty UK Praha. Zastává funkci odborného ředitele v občanském sdružení SANANIM a je předsedou Asociace nestátních organizací zabývajících se prevencí a léčbou drogových závislostí. Dlouhodobě se věnuje především oblastem managementu a systému financování nestátních neziskových organizací.

*Kontakt:*

o. s. SANANIM  
Novovysočanská 604/A  
Praha 9  
E-mail: office@sananim.cz

**PhDr. Květa SLUKOVÁ**

Vystudovala Pedagogickou fakultu Masarykovy Univerzity v Brně. V současnosti působí jako učitelka a vědecká pracovníce Institutu vzdělávání Vězeňské služby ČR. Dlouhodobě se věnuje zejména tématu užívání návykových látek ve věznicích.

*Kontakt:*

Institut vzdělávání Vězeňské služby ČR  
Vzdělávací středisko Stráž pod Ralskem  
Máchova 200  
471 27 Stráž pod Ralskem

**PhDr. Jan SOCHŮREK**

53 let, absolvent Filozofické fakulty Univerzity Karlovy v Praze. Má za sebou 28 let praxe v penitenciární psychologii. Specializuje se na témata užívání návykových látek ve věznicích a výzkum fenoménů spojených s tímto užíváním. O těchto tématech též publikuje.

*Kontakt:*

Institut vzdělávání Vězeňské služby ČR  
Vzdělávací středisko Stráž pod Ralskem  
Máchova 200  
471 27 Stráž pod Ralskem

**Mag. Harald SPIRIG**

Studium germanistiky a sociologie - asistent v Ústavu sociologie University ve Fribourgu (Institut de Sociologie de l'Université de Fribourg). Činnost v oblasti výkonu trestu - zástupce vedoucího zařízení. Vedoucí projektu ARWO (Arbeit und Wohnen) Wien - reintegrace osob propuštěných z výkonu trestu. Jednatel léčebného zařízení pro drogově závislé "Schweizer Haus Hadersdorf", Vídeň. Národní koordinátor za Rakousko v Evropské síti pro prevenci HIV/AIDS a hepatitid ve věznicích (European Network on

HIV/AIDS and Hepatitis Prevention in Prisons) - výzkumná činnost v oblasti drogových závislostí, zdravotní prevence a výkonu trestu.

*Kontakt:*

E-mail: harald.spirig@aon.at

**Bc. Olga ŠKVAŘILOVÁ**

Vystudovala obor speciální pedagogika - etopedie PdF UP Olomouc 1999. Absolvovala psychotherapeutický výcvik SUR SI Praha 1996, manažerský výcvik „Manažeři pro 3. tisíciletí“ Agens NROS Praha 2000 a další kurzy a výcviky v oblasti prevence, léčby a doléčování drogových závislostí a managementu NNO. V oboru léčby a prevence užívání drog pracuje od roku 1993. V roce 1997 iniciovala vznik a realizaci projektu Kontinuální péče o uživatele drog ve vazbě a ve výkonu trestu. V současnosti pracuje jako vedoucí projektu Drogové služby ve vězení Sdružení Podané ruce Brno. Je předsedkyní sekce Drogové služby ve vězení A.N.O.

*Kontakt:*

Sdružení Podané ruce  
Francouzská 36  
Brno 602 00  
E-mail: vezeni@podaneruce.cz

**MUDr. Tomáš ZÁBRANSKÝ, Ph.D.**

Pracovník Ústavu preventivního lékařství Lékařské fakulty Univerzity Palackého v Olomouci a externí spolupracovník Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti v Praze. Dlouhodobě se výzkumně věnuje epidemiologii a ekonomickým výzkumným studiím v oblasti užívání drog.

*Kontakt:*

E-mail: tomas@zabransky.cz





# VĚCNÝ REJSTŘÍK

- A  
 Akreditace 64, 79  
 Akreditační standardy 77, 79  
 Autoevaluace 51, 56
- B  
 Bezdrogová zóna 33, 34, 42, 68, 79, 83, 86, 96, 115  
 Buprenorfin 42, 99, 100, 101, 103, 104, 105, 106, 107
- C  
 Certifikace odborné způsobilosti 64
- D  
 Detoxifikace 34, 64, 83, 103, 104  
 Drogová kriminalita 21, 23, 24, 26, 38, 54  
 Drogový trestný čin 24
- E  
 Epidemiologický dohled 6, 44  
 Etiologický faktor 26, 27  
 Externí evaluace 49, 56, 57, 58  
 Externí supervize 75, 90, 96  
 Evaluace 6, 36, 47, 51, 56, 57, 58, 95  
 Evaluace plánování (přípravy) 56  
 Evaluace procesu 57  
 Evaluace výsledků 57, 58  
 Evaluátor 56, 57  
 Evropské směrnice pro HIV/AIDS a hepatitidy ve věznicích 6, 41
- H  
 Harm reduction 6, 9, 11, 18, 33, 36, 42, 84, 86, 87, 92, 93, 105  
 Hepatitida 6, 43, 114, 115  
 Hodnocení efektivity 36, 74, 75
- K  
 Kontinuita a následná péče 78  
 Kritéria vstupu do léčebných programů 78  
 Kruhový model změny 62  
 Kurikulum vzdělávacího kurzu 6, 15, 46  
 Kvalita léčebné péče 61
- L  
 Lektor 47, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 118, 119  
 Lékařské vyšetření 72
- M-N  
 Metadon 7, 42, 84, 86, 91, 93, 98, 99, 100, 101, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111  
 Mlčenlivost 68  
 Minimální standardy 61, 63  
 Motivovanost k léčbě 62  
 Načasování 62, 63
- Nelegální drogy 3, 5, 15, 16, 21, 32, 105  
 Nestátní neziskové organizace 7, 9, 80, 84
- O  
 Obecná část standardů 6, 64, 65  
 Odborná péče 66, 71, 72, 73, 74  
 Odborný garant kurzu 55, 56  
 Ochranná protitoxikomanická a protialkoholní léčba 34, 63, 64, 66, 113, 120
- P  
 PHARE projekt 15, 103  
 PAD 9, 21, 23, 26, 29, 31, 32, 38, 39  
 Poradny protidrogové prevence 35  
 Práva pacientů/klientů 69  
 Prevalence uživatelů drog 29  
 Prevalenční odhad 24, 28, 101, 110  
 Prevence infekčních onemocnění 84  
 Preventivní a léčebná opatření 21, 41  
 Primární drogová kriminalita 24, 26, 54  
 Příjem a úvodní vyšetření 65  
 Přístupnost odborných služeb 65
- S  
 Sekundární drogová kriminalita 26, 54  
 Směrnice pro HIV a hepatitidy ve věznicích 6, 41  
 Specifická část standardů 6, 71  
 Standardy léčebných programů 61, 64, 73  
 Standardy odborné způsobilosti 61, 64, 79  
 Standardy substituční léčby 102, 108  
 Substituční léčba 7, 36, 37, 42, 64, 91, 99, 100, 101, 104, 105, 107, 108, 110, 113  
 Supervize 68, 70, 71, 74, 75, 90, 96  
 Systém péče o uživatele drog 6, 61, 75, 77
- Š  
 Školitel 6, 47, 48, 49, 52, 54, 56, 58  
 Školitel personálu vězeňské služby 47, 48, 49, 52, 56
- T  
 Terciární drogová kriminalita 54  
 Testování na přítomnost drogy 29  
 Typy drogových služeb 64
- U  
 Upuštění od potrestání 35, 88  
 Upuštění od potrestání s dohledem 35, 88
- V  
 Vstupní vzdělávací program 47, 48, 49  
 Výkon ochranné protialkoholní a protitoxikomanické léčby 34, 63, 64, 66, 113, 120
- Z  
 Zkušební komisař 56

## VĚZEŇSTVÍ A NELEGÁLNÍ DROGY

Sborník textů z oblasti užívání nelegálních  
návykových látek ve věznicíchmezioborový  
přístup

Vydal © Úřad vlády České republiky, 2003  
Národní monitorovací středisko pro drogy  
a drogové závislosti

1. vydání

Redakčně uzavřeno 10. 10. 2003

Obálka a grafická úprava: Missing-Element

Tisk: G5

Náklad: 1000 výtisků

ISBN 80 - 86734 - 03 - X

■ Sborník Vězeňství a nelegální drogy je v českém jazyce ojedinělou publikací svého druhu. Autorský kolektiv se při jeho sestavování pokusil vytvořit takový text, který by odrážel současný stav našich znalostí a poznatků o užívání nelegálních drog ve věznicích České republiky a který by současně velmi důsledně vycházel z přístupu „evidence based“. Cílem práce bylo představit hlavní výsledky dvouletého projektu PHARE Posílení národní protidrogové politiky a jeho pracovní skupiny Vězeňství. Tento projekt byl realizován v letech 2000-2001 spolu s rakouskými partnery a bezpochyby významně přispěl jak ke zlepšení komunikace a spolupráce mezi zainteresovanými subjekty, tak k posunu v oblastech vzdělávání a výzkumu fenoménů, spojených s užíváním nelegálních drog ve věznicích. Přestože je Sborník zaměřen pouze na nelegální návykové látky, uvědomují si editoři současně fakt, že pro věznici dnes, stejně jako v minulosti, představují mnohem významnější problém drogy legální, tj. především alkohol. Prostřednictvím vytvořené komunikační platformy mezi Generální ředitelstvím VS a zainteresovanými státními i nestátními subjekty, se snad v blízké době podaří i v této oblasti zintenzívnit spolupráci a zlepšit současný stav.



**neprodejně**